

تبیین راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد رقابت‌پذیری مقاصد (نمونه موردی: استان فارس)

مسعود تقوایی (استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران)

m.taghvaei@geo.ui.ac.ir

سیده سمیه حسینی (پژوهشگر پسادکتری زیر نظر صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران با همکاری دانشگاه

اصفهان، اصفهان، ایران، نویسنده مسئول)

sshosseini1361@gmail.com

صص ۲۳۶ - ۱۹۹

چکیده

دانش توسعه گردشگری پزشکی با مزیت رقابتی به عنوان یکی از زیر بخش‌های مهم گردشگری هنوز محدود است با توجه به جایگاه و قابلیت‌های مهم صنعت گردشگری پزشکی ایران در منطقه، پژوهش حاضر با هدف تدوین تعیین‌کننده‌ها و ارائه راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد رقابت‌پذیری مقاصد در قالب دهکده سلامت در کلان منطقه پنج سلامت (استان فارس) می‌باشد. در این مطالعه ترکیبی از روش‌های کیفی و کمی استفاده شد. در مرحله اول تحلیل محتوا به مثابه استراتژی تحقیق انتخاب و از نرم‌افزار MAXQDA 18 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد، سپس داده‌های گردآوری شده در قالب پرسش‌نامه و مصاحبه در اختیار خبرگان قرار گرفت و به نهایی شدن شاخص‌ها منجر شد. در مرحله دوم، شاخص‌های شناسایی شده، جهت ارزیابی وضعیت موجود منطقه با استفاده از تکنیک SWOT، مورد بررسی قرار گرفت و با ترکیب دو تکنیک SWOT و DEMATEL فازی در راستای هدف تحقیق انواع راهبردها مشخص و با استفاده از تکنیک AHP الویت‌بندی شدند. بر اساس چارچوبی از شاخص‌ها با رویکرد رقابت‌پذیری مقصد از جنبه‌های مختلف وضعیت موجود منطقه در راستای هدف تحقیق در قالب عوامل داخلی و خارجی و ارائه راهبردها با رویکرد یکپارچه سازی خدمات دسته‌بندی و

الویت‌بندی شد. این پژوهش جهت رشد کیفی در جهانگردی پزشکی و ایجاد یک بازار پایدار با توجه به شاخص‌های مطرح شده است. در این راستا به ایجاد مزیت رقابتی از طریق ارائه خدمات یکپارچه و تدوین، طراحی و پیاده‌سازی راهبردهای این صنعت در آیمزه های مختلف در قالب ۸ استراتژی (تهاجمی، تنوع، بازنگری و تدافعی) با توجه به عوامل شناسایی شده و ارتباط بین آنها پرداخته که لزوم توجه مسئولان امر حوزه گردشگری سلامت شیراز را به نتایج این پژوهش در برنامه‌ریزی‌های آتی می‌طلبد.

کلمات کلیدی: گردشگری پزشکی، رقابت‌پذیری مقاصد، تحلیل محتوا، تکنیک SWOT، تصمیم‌گیری چند شاخصه.

۱. مقدمه

بسیاری از رشته‌ها گردشگری را به عنوان یک ابزار قدرتمند جهت تنوع اقتصادی و توسعه اجتماعی شناخته‌اند (سوز^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) و رقابت‌پذیری توسعه این بخش را تابعی از ساختار اقتصادی-اجتماعی و سیاسی در کشور مقصد می‌دانند (چوی و ترک^۲، ۲۰۱۱). دو عامل اقتصاد خرد (گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی) و اقتصاد کلان (سیاست در حال اجرای دولت برای حمایت از توسعه گردشگری پزشکی) در توسعه گردشگری پزشکی تأثیرگذار هستند (دایخس^۳ و همکاران، ۲۰۲۰) و بسیاری از کشورها برای تحریک رشد اقتصادی به طور فعال در حال ترویج گردشگری پزشکی هستند (بان و کیم^۴، ۲۰۲۰) در سال‌های اخیر، وزارتخانه‌های گردشگری در چندین کشور و نهادهایی مانند سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۵، انجمن پزشکی آمریکا (AMA)^۶، انستیتوی گردشگری و مدیریت سفر هند (IITM)^۷ و شرکت‌های مشاوره‌ای مانند Deloitte مطالعاتی در حوزه

1. Suess, C. Baloglu, S., & Busser, J. A.
2. Choi, H.C & Turk, E. S.
3. Daykhes, A.N. Jakovljevic, M. Reshetnikov, V.A & Kozlov, V.V.
4. Ban, H. J & Kim, H. S.
5. World Healthcare Organization
6. American Medical Association
7. Indian Institute Of Tourism & Travel Management

پیامدهای اقتصادی گردشگری پزشکی روی اقتصاد ملی انجام داده‌اند (دی لا حوز^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). گردشگری از طریق تأثیر بر درآمد ملی، اشتغال، تغییر قیمت‌ها و تراز بازرگانی ملی، اقتصاد کشورها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (دیز پیسونرو^۹، ۲۰۱۳: ۱۰۴). با این وجود هنوز موارد خاصی نظیر تأثیر نامشخص بر سیستم‌های بهداشتی، نگرانی‌های اخلاقی یا کمبود ابزارهای موثر برای اندازه‌گیری تضمین کیفیت خدمات گردشگری پزشکی و محصولات آنها وجود دارد که مانع رشد سریع گردشگری پزشکی می‌شود (کلیمو و کوشنا^{۱۰}، ۲۰۲۰). گردشگری پزشکی صنعتی چند میلیارد دلاری رو به رشد (سندبرگ^{۱۱}، ۲۰۱۷: ۱) و به عنوان زیر مجموعه‌ای از صنعت گردشگری سلامت است (کاررا و بریج^{۱۲}، ۲۰۰۶؛ اسمیت و پوچکو^{۱۳}، ۲۰۰۹) که یک فرصت کسب و کار بین‌المللی را در بسیاری از کشورهای در حال توسعه فراهم آورده است (هوروویتس^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۷) و امکان بهره‌برداری از ترکیب جنبه‌های گردشگری با خدمات پزشکی را فراهم می‌کند (پيازولو و زانکا^{۱۵}، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر این صنعت نه تنها شامل خدمات پزشکی است بلکه شامل چشم‌اندازهای گردشگری نیز می‌باشد و از بیمار و همراهان وی برای اقامت در یک محیط راحت و لذت بخش پشتیبانی می‌کند (کیم^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین شاید بتوان گفت بدون جاذبه‌های گردشگری به عنوان عنصر پایه‌ای توسعه گردشگری (گان^{۱۷}، ۱۹۷۹؛ لوندبرگ^{۱۸}، ۱۹۸۰؛ پیرس^{۱۹}، ۱۹۸۱) و خدمات گردشگری مناسب (امکانات و تسهیلات) این امر امکان‌پذیر نخواهد شد و این بخش از خدمات یکی از بخش‌های پیشتاز و رو به رشد در سطح بین‌المللی است (فوری و سانتانا-

8. De la Hoz-Correa, A., Muñoz-Leiva, F., Bakucz, M.

9. Diez Pisonero, R.

10. Klímová B, Kuča K.

11. Sandberg, D. S.

12. Carrera, P. M., & Bridges, F. P.

13. Smith, M., & Puczko, L.

14. Horowitz, M., Rosensweig, J., Jones, C.A.

15. Piazolo, M., and Zanca, N.

16. Kim S, Arcodia C, Kim I.

17. Gunn Glare, A.

18. Lundberg, D. E.

19. Pearce, D.

گالگو^{۲۰}، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر گردشگری پزشکی یک شکل نهایی از گردشگری پایدار با مکانیزم بازاریابی جداگانه و خاص برای خدمات سلامتی و فعالیت‌های گردشگری است (رابینسون^{۲۱}، ۲۰۰۵) که نه تنها شامل درمان‌های ضروری و انتخابی پزشکی (جراحی و غیر جراحی) است، بلکه درمان‌های تندرستی همراه با خدمات اقامت، سرگرمی، غذا و نوشیدنی، تور و یا جستجوی جاذبه‌های یک مقصد را نیز در بر می‌گیرد (هال^{۲۲}، ۲۰۱۱). به همین سبب کشورهای پیشرو در کنار ساخت کلینیک و بیمارستان‌ها، هتل‌ها و بهبود سایر خدمات درمانی به توسعه خدمات دیگر گردشگری همچون نحوه حمل و نقل، تفریح و سرگرمی و افزایش امنیت نیز می‌پردازند (مومنی^{۲۳} و همکاران، ۲۰۱۸) و فرصت‌های کسب و کار را برای ارائه خدمات پزشکی خود تصاحب کرده‌اند. بسیاری از کشورهای در حال توسعه با درک پتانسیل و فرصت‌های بزرگ به این مسابقه پیوستند و به طور جدی پیگیر سیاست‌های موثر برای افزایش جذابیت خود را به عنوان یک مقصد برای این بخش بسیار سودآور از صنعت گردشگری جهانی هستند (هندرسون^{۲۴}، ۲۰۰۴؛ ته^{۲۵}، ۲۰۰۷). ایران نیز از این قایده مستثنی نیست در این چارچوب، ایجاد دهکده‌های گردشگری سلامت و یکپارچه‌سازی خدمات برای رضایتمندی بیماران در سطح ملی و فراتر از آن در سطح منطقه‌ای و بین‌المللی در این پژوهش مطرح شده است. با توجه به داده‌های مأخوذه از اداره گردشگری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اهداف اصلی گردشگران سلامت در ایران را می‌توان به ترتیب بیماریهای زنان، جراحی ارتوپدی، بیماریهای قلبی، ارولوژی، جراحی چشم، بیماریهای عفونی، جراحی‌های عمومی، جراحی بینی و بیماریهای غیر جراحی (درمان طبی) عنوان نمود و بازارهای هدف این نوع از گردشگری بیشتر کشورهای افغانستان، عراق، آذربایجان، پاکستان، عمان، بحرین، کویت، ترکمنستان، هند و قطر می‌باشند (حسینی^{۲۶} و همکاران، ۲۰۲۰).

20. Fourie, J., & Santana-Gallego, M.

21. Robinson, M.

22. Hall, M.

23. Momeni Kh, Janatib A, Imanic A, Khodayari-Zarnaqb R.

24. Henderson, J. C.

25. Teh, I.

26. Hosseini S.S., Tagvayi M., Ataev Z.V., Bratkov V.V.

آمار درآمدی ایران مؤید این واقعیت است که درآمد گردشگری پزشکی در ایران در مقایسه با درآمد جهانی این صنعت چندان قابل توجه نیست. بنا بر اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، درآمد هر گردشگر پزشکی در ایران بین ۳۶۰۰ تا ۷۶۰۰ دلار است. (IMTJ^{۲۷}, 2017) با احتساب متوسط این مقدار (۵۶۰۰ دلار) در سال ۱۳۹۸ درآمد گردشگری پزشکی ایران (مراجعه کننده به بیمارستان‌ها) بالغ بر ۷۲۷ میلیون دلار و در شیراز بالغ بر ۳۶ میلیون و چهارصد هزار دلار بوده است که با توجه به پیش‌بینی رقم ۲,۵ میلیارد دلاری ایران از گردشگری پزشکی در اسناد فرادستی و پتانسیل ایران رقم بسیار ناچیزی است از جمله مناطق مستعد و از مقاصد مهم در حوزه گردشگری سلامت در ایران منطقه پنج سلامت است و شهر شیراز به عنوان مرکز استان فارس و قطب اصلی ارائه انواع خدمات برتر پزشکی در این کلان منطقه در سطح ملی و بین المللی از جایگاه ویژه ای برخوردار است. این شرایط به همراه وجود زیرساخت‌های درمانی و گردشگری توانسته زمینه جذب گردشگران درمانی و پزشکی را در این شهر فراهم آورد و برای آنکه بتواند به یکی از قطب‌های رقابت‌پذیر توریسم درمانی در منطقه تبدیل شود نیاز به ایجاد یک مزیت رقابتی دارد، یکپارچه‌سازی خدمات در مباحث مرتبط با گردشگری سلامت از ضروریات برنامه‌ریزی و مدیریت در همه ابعاد است که در ابتدا مستلزم شناسایی و تدوین عوامل و شاخص‌های اصلی تأثیرگذار در حوزه‌های مختلف در این راستا است. از این رو، هدف اصلی تحقیق حاضر بررسی و شناسایی تعیین‌کننده‌ها و راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات و رقابت‌پذیری مقاصد برای بهبود فرآیند جذب و ارائه خدمات جهت رفاه حال گردشگران و مجموعه‌های خصوصی فعال و موفق با ملاحظات پدافند غیر عامل می‌باشد؛ تا علاوه بر تجمع و جذب سرمایه‌های داخلی و خارجی به بازاریابی با دامنه‌ای از مشارکت‌کنندگان در هر دو بخش خصوصی و دولتی جهت ارتقای گردشگری سلامت و با یک مدیریت سیستماتیک در منطقه منجر شود. این رویکرد با توجه به رقابت فزاینده بین-المللی در گردشگری پزشکی می‌تواند به عنوان یکی از راهبردهای اصلی در جذب سرمایه-های داخلی و خارجی و استقلال از درآمدهای نفتی باشد.

۲. پیشینه پژوهش

در این پژوهش برخی از مهم‌ترین و بروزترین منابع داخل و خارج مرتبط با موضوع تحقیق ذکر شده است. هر چند ایده یکپارچه‌سازی خدمات یک ایده نو برای افزایش جذابیت یک مقصد است و به تبع مزیت رقابتی جدیدی را برای آن مقصد فراهم می‌آورد و از این نظر با پژوهش‌های صورت گرفته تفاوت اساسی پیدا می‌کند.

جدول ۱. مهم‌ترین پیشینه پژوهش (منابع داخل و خارج)

مآخذ: نگارندگان (۱۳۹۹)

نام پدید آورنده و سال	هدف	نتیجه
ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۷)	تعیین و تحلیل متغیرهای جمعیت شناختی، جغرافیایی و رفتاری در درون خوشه‌های بازار گردشگری پزشکی	گردشگری پزشکی ایران برای ارضای نیازهای بازار (ناهمگن) نیازمند برنامه‌ریزی‌ها و الگوهای بازاریابی متفاوت است. در سطح خرد نیز هم بیمارستان‌ها و هم سازمان‌های فعال در حوزه خدمات گردشگری پزشکی همچون آژانس‌ها، هتل بیمارستان‌ها و... با توجه به نوع بازار هدف الگوی برنامه‌ریزی و بازاریابی مناسب با آن را در پیش گیرند.
فولادی و همکاران (۱۳۹۷)	تعیین عوامل موثر بر سفر درمانی به ایران از دیدگاه گردشگران آذربایجانی	طبق این پژوهش کیفیت خدمات درمانی، هزینه درمان، تجهیزات پزشکی و عوامل سیاسی امنیتی از عوامل موثر بر انگیزه ورود بیماران خارجی به ایران می‌باشند و زمان انتظار تنوع درمانی، عوامل جامعه شناختی و جاذبه‌های گردشگری تأثیر زیادی نداشتند.
میرانی و اسدزاده (۱۳۹۷)	بررسی تأثیر شاخص‌های کیفیت نهادی بر صنعت گردشگری پزشکی در ایران با استفاده از رویکرد بهینه‌سازی مورد	نتایج این مطالعه حاکی از آن است که بهبود در شاخص کیفیت نهادی، سرمایه ثابت ناخالص در حوزه خدمات درمانی در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی در حوزه خدمات گردشگری، همچنین افزایش در تعداد ارائه‌دهندگان خدمات به گردشگران پزشکی از جمله پزشکان عمومی و متخصص و کاهش نرخ ارز مؤثر حقیقی در ایران منجر به افزایش جذب گردشگران پزشکی به کشور شده است.
ناصرپور و همکاران (۱۳۹۷)	بررسی تأثیر عوامل غیردرمانی در توسعه گردشگری سلامت	نتایج این پژوهش حاکی از آن است که عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی، عوامل زیرساختی، عوامل حاکمیتی و شرایط عمومی، بر گردشگری سلامت تأثیر مثبت و معناداری دارند.

نام پدید آورنده و سال	هدف	نتیجه
حسین پور و ریاحی (۱۳۹۷)	بررسی رابطه قابلیت‌های گردشگری پزشکی درمانی با میزان جذب توریسم در استان اردبیل.	در این پژوهش به دلیل اینکه از بین عوامل مختلف شرایط کشور، بیمارستان، تیم پزشکی و درمانی و مکان‌های آب درمانی، رابطه معنا داری با جذب توریست در استان اردبیل ندارند بنا براین جهت توسعه گردشگری پزشکی در این استان پیشنهاد می‌شود که با فراهم کردن زیر ساخت‌های لازم و اجرای سیاست‌های کلان به توسعه این صنعت کمک کنند
اسعدی و همکاران (۱۳۹۸)	بررسی و تحلیل عوامل داخلی مؤثر بر توسعه گردشگری سلامت	با توجه به ظرفیت‌های بالقوه‌ای که در حوزه گردشگری سلامت در ایران وجود دارد پیشنهاد می‌شود به عوامل اصلی توسعه گردشگری سلامت (بازاریابی و تبلیغات، امنیت، وجود نیروی متخصص و توانمند در زمینه‌های گوناگون پزشکی و نیز افزایش تعداد مراکز درمانی) توجه بیشتری معطوف شود و با برنامه‌ریزی مناسب قدم‌هایی در این جهت برداشته شود.
زارعی و زارعی (۱۳۹۸)	شناسایی عوامل مرتبط با افزایش مدت اقامت گردشگران تندرستی در سرعین	سازمان‌های مرتبط با حوزه گردشگری سرعین، باید عوامل شناسایی شده در تحقیق حاضر را در راستای افزایش مدت اقامت گردشگران تندرستی با تأکید بر عوامل زیرساختی، فرهنگی اجتماعی، قانونی، اخلاقی، ترویجی، و رقابتی مد نظر قرار دهند.
فتح‌اللهی و استعلاجی (۱۳۹۸)	شناسایی و ارزیابی موقعیت شهرستان رامسر جهت تبدیل شدن به دهکده سلامت	طبق شاخص‌های در نظر گرفته شده (از نظر موقعیت زیست محیطی جاذبه‌های گردشگری، زیرساخت‌های ارتباطی) پهنه‌ها و اولویت‌های انتخاب شده در بخش شمال شهرستان شناسایی شد
حسینی و تقوایی (۱۳۹۹)	تدوین و ارزیابی شاخص‌های سیاست‌گذاری و قوانین گردشگری پزشکی ایران در جهت گسترش دهکده‌های سلامت	به ترتیب شاخص‌های قوانین مربوط به بیمه‌های درمانی، قوانین مربوط به خطاهای پزشکی، سیاست‌های تبلیغاتی، قوانین مورد نیاز و جدید، سیاست‌های حمایتی مهم‌ترین شاخص‌های حوزه قوانین و سیاست‌گذاری در راستای توسعه گردشگری پزشکی و با رویکرد گسترش دهکده‌های سلامت هستند.
سوز و همکاران (۲۰۱۸)	به دنبال ویژگی‌ها و عوامل توسعه صنعت گردشگری پزشکی داخلی در راستای مرجع	یافته‌ها نشان داد که هرچه عملکرد اقتصادی گردشگری پزشکی بیشتر باشد، تأثیر مثبت گردشگری پزشکی بر رفاه جامعه بهتر درک می‌شود. به عبارتی دیگر، نگرش گردشگری پزشکی و رضایت کلی

نام پدید آورنده و سال	هدف	نتیجه
	عملیاتی، تدوین سیاست و تحقیقات گردشگری پزشکی	جامعه به طور قطعی متأثر از گردشگری پزشکی بر رفاه جامعه دارد.
زارعی و ملکی (۲۰۱۸)	بررسی پیشینه تحقیقات موجود در خصوص بازاریابی پزشکی در آسیا می‌باشد.	در این مطالعه، مقالات مربوط به سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ در خصوص بازاریابی گردشگری پزشکی در کشورهای آسیایی مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج بدست آمده، کیفیت خدمات و رضایت ادارک شده مهم‌ترین عوامل جذب گردشگران پزشکی می‌باشند. به علاوه، فقدان عواملی همچون هماهنگی بین سهامداران بازار پزشکی، کیفیت خدمات پزشکی، پوشش بیمه و قوانین موثر جزء موانع اساسی پیش روی گردشگری پزشکی در مطالعات بررسی شده می‌باشند و به تحقیقات تخصصی‌تری در خصوص بازاریابی پزشکی آسیا به ویژه در بازارهای نوپای این صنعت نیاز می‌باشد.
ذوالفقاریان و همکاران (۲۰۱۸)	یافتن عوامل انگیزشی است که افراد را به سمت جستجوی گردشگری پزشکی به عنوان یک گزینه مناسب برای رفع نیازهای مراقبت سلامت	با استفاده از نظریه چشم‌انداز (نظریه دورنما)، در این مطالعه مشخص شد توجه به گردشگری پزشکی تحت تأثیر عواملی چون هزینه‌های پزشکی داخلی، مسائل و نگرانی‌های حریم خصوصی (محرمانگی) بیمار و مطلوبیت مقاصد خارجی قرار دارد که این عوامل به نوبه خود علاوه بر هزینه‌های پزشکی داخلی تحت تأثیر عواملی چون جذب گردشگر و تضمین کیفیت خدمات قرار دارند.
مایکل ^۱ و همکاران (۲۰۱۸)	ارائه چارچوبی برای گردشگری پزشکی مبتنی بر مفهوم توسعه پایدار	مدیریت، تجارت کسب و کار، تقاضا، داده‌ها و فناوری، استاندارد قابلیت همکاری برای خدمات درمانی، داروهای پیشگیری و فعالیت‌های سلامتی عوامل مهم در راستای هدف تحقیق می‌باشند
ماهندراداتا ^۲ (۲۰۱۹)	ارزیابی چالش‌ها و خطرات احتمالی توسعه گردشگری سلامت در اندونزی	سیاست‌گذاران در اندونزی و سایر کشورهای دارای محدودیت منابع، که در فکر توسعه گردشگری سلامت هستند، وظیفه اخلاقی دارند که قبل از حرکت به جلو، شواهد را درباره تأثیرات مثبت و منفی احتمالی بسنجند.
هادیان و همکاران	شناسایی نقاط قوت و	ایران از حوزه صنعت گردشگری پزشکی برخوردار است، اما به

1. Mayakul T, Kiattisin S, Prasad R. A

2. Mahendradhata Y

نام پدید آورنده و سال	هدف	نتیجه
(۲۰۱۹)	چالش‌های توسعه گردشگری پزشکی در ایران با استفاده از مطالعه سیستماتیک	طور کلی، با چالش‌های جدی روبرو است. اگر ایران قصد دارد از استراتژی توسعه گردشگری پزشکی به عنوان یکی از نقاط قوت اقتصاد مقاومتی استفاده کند، باید نقاط قوت و چالش‌ها را ارزیابی کند.
نیلاشی ^۳ و همکاران (۲۰۱۹)	شناسایی عوامل موثر بر گردشگری پزشکی در مالزی	عوامل انسانی (زبان و ارتباطات، تخصص، کیفیت خدمات متخصصان) و عوامل فن آوری (سیستم‌های اطلاعاتی کارآمد، اینترنت، فناوری پزشکی) مهم‌ترین عوامل توسعه گردشگری پزشکی در مالزی است.
لی و لی ^۴ (۲۰۱۹)	شناسایی مجموعه‌ای از شاخص‌های اصلی برای مقصد گردشگری سلامت با استفاده از نظرات کارشناسان و متخصصان	مطالبات خاص و شاخص‌های مراقبت‌های پزشکی، محیط طبیعی (آب و هوا، هوا، آب و نور) و فعالیت‌های اوقات فراغت و مطالبات عمومی (ورزش، رژیم غذایی و ...)
کیم ^۵ و همکاران (۲۰۱۹)	شناسایی عوامل اصلی موفقیت گردشگری در کره جنوبی	نتایج این پژوهش حاکی از آن است که عواملی نظیر برند مقصد، فعالیت‌های گردشگری برای همراهان و حمایت بیشتر از راحتی بیماران از عوامل اصلی موفقیت گردشگری پزشکی در کره جنوبی است.
چم ^۶ و همکاران (۲۰۲۰)	بررسی تأثیر جنبه‌های اجتماعی و بازاریابی در تصویر برند بیمارستان‌های فعال در گردشگری پزشکی همراه با رابطه آن با کیفیت خدمات	اهمیت جنبه‌های اجتماعی (به عنوان مثال رسانه‌های اجتماعی و ارتباطات دهان به دهان) و بازاریابی (به عنوان مثال تبلیغات بیمارستان و درک قیمت) برای ایجاد چهره تجاری در بیمارستان‌های فعال در گردشگری پزشکی و در نتیجه، تصویر برند می‌تواند کیفیت خدمات درک شده در بین گردشگران پزشکی را تحت تأثیر قرار دهد.
دانگ ^۷ و همکاران (۲۰۲۰)	ارائه روشی جهت ارزیابی موثر عملکرد صنعت گردشگری	منابع گردشگری و زیرساخت‌های پزشکی مراقبت‌های بهداشتی نقش مهمی در ارتقا صنعت گردشگری پزشکی کشورهای سنگاپور، تایلند، هند، کره جنوبی، مالزی و تایوان دارند.

3. Nilashi

4. Lee, C. W. & Li, C.

5. Kim, S. Arcodia, C. Kim, I.

6. Cham T.H, Lim Y.M, Sia B.C, Cheah J.H, Ting H.

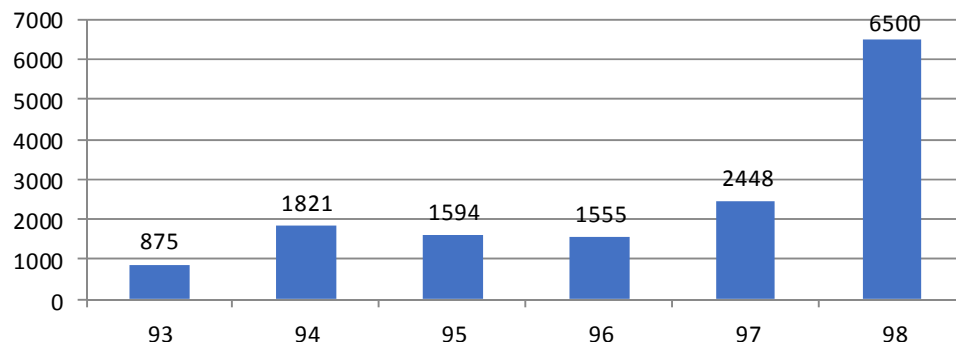
7. Dang H.S, Nguyen T.M.T, Wang C.N, Day J-D, Dang TMH.

نام پدید آورنده و سال	هدف	نتیجه
	پزشکی با در نظر گرفتن عوامل موثر اقتصادی	
حسینی و همکاران (۲۰۲۰)	بررسی و ارزیابی موانع و محدودیت‌های توسعه گردشگری پزشکی یزد با رویکرد یکپارچه‌سازی خدمات و در جهت توسعه دهکده‌های سلامت	انتقال ضعیف گردشگران پزشکی به دلیل پروازهای داخلی و بین‌المللی محدود، عدم دسترسی به پیگیری درمان و مراقبت پس از ترخیص، قوانین ناکارآمد بیمه‌ای و عدم وجود قوانین مورد نیاز و جدید به علت نبود گردشگری سلامت، به ترتیب اصلی‌ترین موانع توسعه گردشگری پزشکی شناسایی شده در این پژوهش می‌باشد.

۳. روش‌شناسی تحقیق

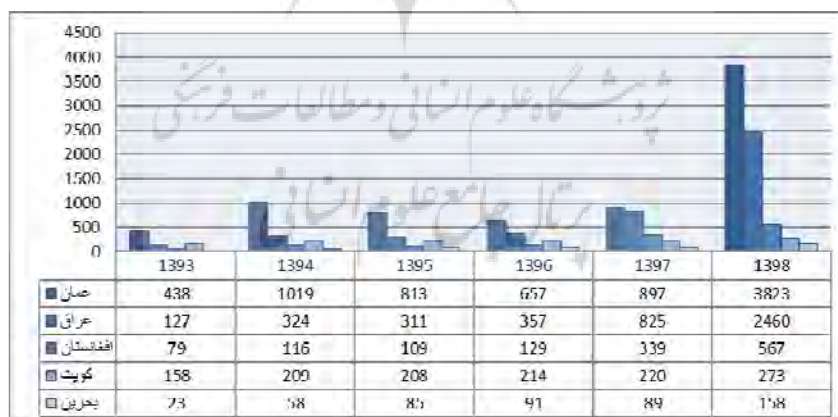
۳.۱. منطقه مورد مطالعه

فارس یکی از ده کلان منطقه سلامت با ملاحظات آمایش سرزمین (کلان منطقه پنج شامل استان‌های فارس، کهگیلویه و بویر احمد، بوشهر و هرمزگان) همچنین یکی از نه کلان منطقه آمایشی کشور شامل استان‌های فارس، کهگیلویه و بویر احمد و بوشهر می‌باشد. استان فارس از نظر ویژگی‌های خاص جغرافیایی و وضعیت اقلیمی، تاریخی، فرهنگی و اقتصادی یکی از مهم‌ترین استانهای کشور محسوب می‌شود (چکیده مطالعات آمایش فارس، ۱۳۹۷) و به عنوان بخشی از کلان منطقه ۵ آمایش با مساحتی در حدود ۱۲۲۶۰۸ کیلومتر مربع، پنجمین استان پهناور کشور و با جمعیتی برابر ۴۸۵۱۲۷۴ نفر، بر طبق برآورد جمعیتی سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران چهارمین استان پرجمعیت ایران بعد از استان‌های تهران، خراسان رضوی و اصفهان است. بر اساس تقسیمات کشوری سال ۱۳۹۶، استان فارس به ۲۹ شهرستان، ۸۴ بخش، ۱۰۲ شهر و ۲۰۵ دهستان تقسیم شده است. این استان با تعداد ۷۵ بیمارستان به بیماران خدمات پزشکی ارائه می‌دهد. شهرشیراز مرکز فارس با دارا بودن بیش از ۳۹ بیمارستان شامل ۲۲ بیمارستان دولتی، ۱۴ بیمارستان خصوصی و ۳ بیمارستان خیریه (سالنامه آماری استان فارس، ۱۳۹۶) در تخصص‌های مختلف به عنوان یکی از قطب‌ها و مراکز جذب گردشگر سلامت در ایران به بیماران ارائه خدمات می‌کند.



شکل ۱. تعداد گردشگران پزشکی خارجی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شیراز (اداره گردشگری سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۸)

طبق شکل شماره یک تعداد گردشگران پزشکی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شیراز طی دو سال آخر به‌ویژه سال ۱۳۹۸ رشد صعودی خوبی پیدا کرده است. به طوری که از تعداد ۸۷۵ نفر در سال ۱۳۹۳ به ۶۵۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۹۸ افزایش یافته است. در مجموع بیشترین تعداد گردشگران پزشکی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شیراز بر حسب ملیت و به تبع مهم‌ترین بازارهای هدف (طی سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۸) به ترتیب مربوط به پنج کشور عمان، عراق، افغانستان، کویت و بحرین (اداره گردشگری سلامت، ۱۳۹۸) می‌باشد.



شکل ۲. بیشترین گردشگران پزشکی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شیراز بر حسب ملیت (اداره گردشگری سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۸)

با این اوصاف طبق اسناد فرادستی و پیش بینی ورود گردشگران پزشکی در افق ۱۴۰۴ این رقم، رقم بسیار ناچیزی است که توجه مسئولین امر را در این زمینه می‌طلبد.

۲.۳. روش تحقیق

روش تحقیق پژوهش حاضر یک روش ترکیبی با رویکرد کیفی کمی می‌باشد. در مرحله اول شاخص‌های محققان داخلی و خارجی مورد بررسی قرار گرفت و با استفاده از تحلیل محتوا به مثابه اولین استراتژی تحقیق به شناسایی، تدوین و دسته‌بندی عوامل، شاخص‌ها و زیر شاخص‌های موثر بر توسعه گردشگری پزشکی در راستای گسترش دهکده‌های سلامت و ارائه خدمات یکپارچه از طریق کدگذاری باز و کدگذاری محوری پرداخته شد و از نرم افزار MAXQDA -18 جهت تجزیه و تحلیل بهره گرفته شد. سپس مهم‌ترین نظریات و مدل‌های پشتیبانی‌کننده از شاخص‌ها جهت غنای کار به مطالعه اضافه گردید. شاخص‌ها و نظریات دسته‌بندی شده و اطلاعات اعتبار سنجی شده با استفاده از روش‌های اسنادی و مقایسه اطلاعات در قالب پرسش‌نامه و مصاحبه در اختیار اساتید و مسئولان حوزه گردشگری سلامت متشکل از یک گروه ۸ نفره (مدیر بخش گردشگری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناسان بخش گردشگری سلامت وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی و اساتید با سابقه در حوزه گردشگری سلامت) قرار گرفت و در نهایت منجر به نهایی شدن شاخص‌ها و زیر شاخص‌ها از طریق پانل خبرگان شد و چارچوبی از شاخص‌ها به عنوان شاخص‌های توسعه دهکده‌های سلامت با رویکرد توسعه گردشگری پزشکی و یکپارچه‌سازی خدمات ساخته شد. نظریه بنیادین یکی از روش‌های کیفی است که شالوده اصلی آن استخراج کدها، مفاهیم و طبقه‌بندی‌ها می‌باشد، وقتی محقق از روش‌های کیفی استفاده می‌کند، نیاز به شناسایی متغیرهایی دارد که بعداً ممکن است به صورت کمی مورد آزمایش قرار گیرند. فرآیند مورد استفاده در مرحله اول این مطالعه مبتنی بر این نظریه بوده است. در مرحله دوم، با استفاده از تکنیک SWOT وضعیت موجود با استفاده از شاخص‌های تدوین شده ارزیابی سپس با ترکیب این تکنیک با دیمتل‌فازی در راستای هدف تحقیق انواع راهبردها مشخص و با استفاده از تکنیک AHP الویت‌بندی شدند جامعه آماری

مرحله ارزیابی و الویت بندی راهبردها شامل ۲۱ نفر از خبرگان گردشگری سلامت شیراز بوده است.



شکل ۳. روند و مراحل جمع آوری داده‌ها در راستای هدف تحقیق (منبع نگارندگان، ۱۳۹۹)

۴. مبانی نظری تحقیق

تقسیم‌بندی‌های مختلفی توسط محققان و مؤسسات تحقیقاتی از گردشگری سلامت بر اساس دیدگاه گردشگران و متخصصان ارائه شده است. در تقسیم‌بندی کافمن و مولر گردشگری سلامت بر اساس دیدگاه گردشگران به دو بخش درمانی و بازدارنده طبقه‌بندی شده است. در این تقسیم‌بندی گردشگری صحت (تندرستی) و گردشگری پیشگیرانه در هم ادغام شده‌اند (مولر و کافمن^۸، ۲۰۰۱). کوهن در گزارشی از مرکز هاستینگز (HCR)^۹ گردشگری پزشکی را به سه نوع تقسیم می‌کند: خدماتی که هم در کشور خود بیمار و هم در کشور مقصد غیرقانونی است، مانند خدمات مرتبط با فروش اعضای بدن، خدماتی که در

8. Mueller, H & Kaufmann, E. L.

9. Hastings Center Report

کشور خود بیمار غیرقانونی است اما در کشور مقصد قانونی است، مانند برخی از درمان‌های سلول‌های بنیادی؛ و خدماتی که هم در کشور زادگاه بیمار و هم در کشور مقصد قانونی هستند، مانند تعویض مفصل (کوهن، ۲۱۰). موسسه تحقیقات گردشگری ژاپن (JITR)^۱ گردشگران سلامت را از دیدگاه متخصصان به چهار نوع شامل جراحی و درمان (پزشکی)، تندرستی، تشخیص و پیشگیری از درمان، ارتقا سلامتی و اوقات فراغت تقسیم کرده است. (لی و لی، ۲۰۱۹). افزایش تلاش برای تعریف گردشگری پزشکی به عنوان زیر مجموعه‌ای از گردشگری سلامت در دهه گذشته تأییدی بر افزایش قابل توجه آن به عنوان یک فعالیت مهم گردشگری است (ردی^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). با بررسی لغاتی که معمولاً در صنعت گردشگری گردشگری پزشکی استفاده می‌شود سه تعریف مشخص از گردشگری پزشکی یافت می‌شود: گردشگری پزشکی بین‌المللی، گردشگری پزشکی داخلی، و گردشگری پزشکی با حمایت کارفرمایان (سازمان‌ها و ارگان‌ها). (سندبرگ، ۲۰۱۷، ص. ۱). درمان و بازیابی توان از مهم‌ترین اهداف گردشگری پزشکی است و اغلب اوقات، حول دریافت خدمات درمانی، فعالیت‌های اوقات فراغت (استفاده از فضاها و خدمات گردشگری درمانی مانند آب‌گرمها) نیز به بسته سلامت بیمار اضافه می‌شود (کابلرو، موگومبا^۳، ۲۰۰۶) که در این صورت ممکن است گردشگری او با سفر به نقاطی که این امکانات را دارند تکمیل شود در نتیجه گردشگری پزشکی یک خدمت درمانی است که تفریح نیز بخشی از آن است. (کروکس^۴ و همکاران، ۲۰۱۱: ۷۲۶) در بیشتر مطالعات کیفیت مراقبت‌های بهداشتی بیشترین نگرانی گردشگران پزشکی است (چوی^۵ و همکاران، ۲۰۰۴؛ پان و چن^۶، ۲۰۱۴) و به اذعان برخی پژوهشگران پژوهشگران توانایی جذب گردشگر در بخش سلامت و در بازار بین‌المللی به کیفیت تضمین شده وابسته است (لاگیفسکی و مایرز^۷، ۲۰۰۸). و شامل استانداردهای بیمارستان (ISO)،

1. Japanese Institute of Tourism Research
2. Reddy, S. G. York, V. K & Brannon, L. A.
3. Caballero-D.S & Mugomba, C.
4. Crooks, V.A. Turner, L. Snyder, J. Johnston, R & Kingsbury, P.
5. Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H., & Kim, C.
6. Pan, T. J., & Chen, W. C.
7. Lagiewski R, Myers W.

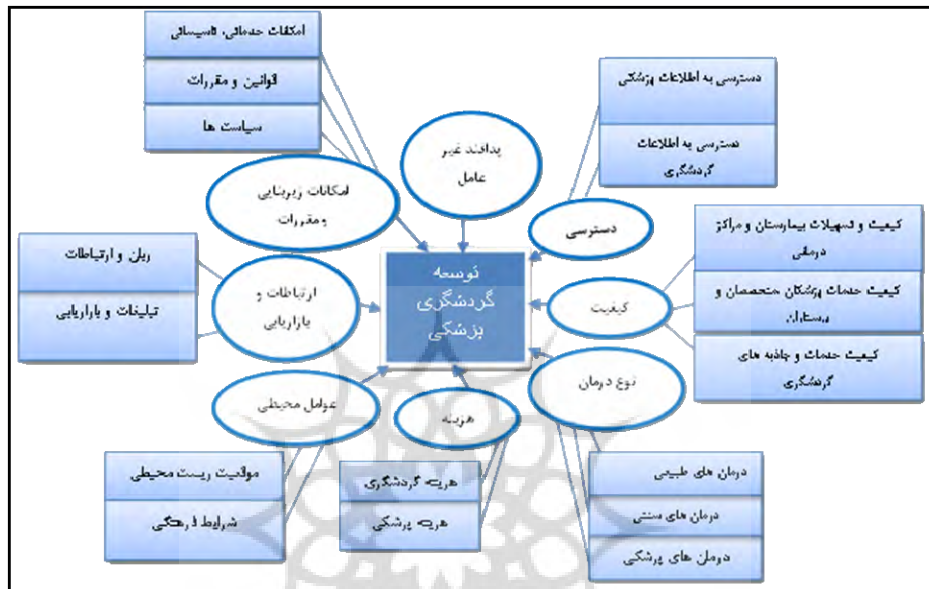
اعتباربخشی بین‌المللی (گان و فردریک^۱، ۲۰۱۱؛ گیل و سینگ^۲، ۲۰۱۱) تجهیزات پزشکی پیشرفته (کانل^۳، ۲۰۰۶)، شهرت بیمارستان (هیونگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۱) کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان (اسمیت و پوچکو، ۲۰۰۹) و پرستاران می‌باشد. همچنین تحقیقات گسترده‌ای نشان می‌دهد که تصویر کلی یک مقصد یک محرک کلیدی برای گردشگری و همچنین گردشگری پزشکی است (گالارزا^۵ و همکاران، ۲۰۰۲؛ بیرلی و مارتین^۶، ۲۰۰۴) از جمله عوامل اختصاصی محیط فرهنگی می‌باشد که به عنوان عوامل مهم انتخاب کشور مقصد اغلب در رابطه با سایر عواملی که بر گردشگری پزشکی بین‌المللی تحلیل می‌شود و شامل شاخص‌های شناخت فرهنگی (گلیوس^۷ و همکاران، ۲۰۱۰) مسئله مذهب (کانل، ۲۰۱۳) موانع زبان و ارتباطات (لی^۸ و همکاران، ۲۰۱۰؛ یه^۹ و همکاران، ۲۰۱۱) فاصله یا نزدیکی به محل سکونت آنها (آلیمان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۱، ص ۴۹۲) است. به تازگی، تعدادی از مطالعات به تجزیه و تحلیل مقرون به صرفه بودن گردشگری پزشکی، رضایت کلی جامعه، رضایت از مراقبت‌های بهداشتی و نگرش به گردشگری پزشکی پرداخته است، که به نوبه خود، تمایل به حمایت از توسعه گردشگری پزشکی در کشور مقصد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سارانتوپولوس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵) برخی پژوهشگران نیز عواملی نظیر درمان‌های پزشکی ضروری را از طرف بیمار شناسایی کرده‌اند که صنعت گردشگری پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لاولاک^{۱۲} و لاولاک، ۲۰۱۸) مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده و شناخته‌شده تصمیم‌گیری برای مقصد گردشگری درمانی در آسیا شامل مسافت، هزینه، زبان، اقتصاد،

1. Gan, L. L & Frederick, J. R.
2. Gill, H., & Singh, N.
3. Connell
4. Heung, V.C. Kucukusta, D & Song, H.
5. Gallarza, M. G. Saura, I. G & García, H. C.
6. Beerli, A., & Martín, J. D.
7. Glinos IA, Baeten R, Maarse H.
8. Lee, J. Kearns, R & Friesen, W.
9. Ye, B. H. Qiu, H. Z & Yuen, P. P.
10. Alleman, B. W. Luger, T. Reisinger, H. S. Martin, R.. Horowitz, M. D & Cram, P.
11. Sarantopoulos, I., Katsoni, V., and Geitona, M.
12. Lovelock, B & Lovelock, K.

صلاحیت فناوری پزشکی، فرهنگ (لی و کیم^۱، ۲۰۱۵) است و برای کشورهای آسیای جنوبی که در خط مقدم گردشگری پزشکی در منطقه هستند توسعه سریع زیرساخت‌های پزشکی با استانداردهای بین‌المللی، صدور گواهینامه و دسترسی آسان به نیروی انسانی ماهر (چاکرابورتی^۲، ۲۰۰۶). از عوامل تعیین کننده بوده است. علاوه بر زیرساخت‌های گردشگری و پزشکی ایجاد شده مزیت‌های دیگری نظیر کاهش هزینه‌ها و زمان انتظار، پیوندهای ارتباطی خوب بین بیمارستان‌ها، آژانس‌های بیمه و گردشگری در این کشورها وجود دارند (یو و کو^۳، ۲۰۱۲) به عبارتی دیگر توسعه اینترنت و ظهور شرکت‌های ارتباطی که به عنوان واسطه بین بیماران بین‌المللی و شبکه‌های بیمارستان عمل می‌کنند و در نهایت تکنولوژی‌های پیشرفته که با خدمات مراقبت‌های بهداشتی جدید ایجاد شده است (ساتین^۴ و همکاران، ۲۰۰۷: ۲) از عمده دلایلی است که باعث می‌شود افراد برای دریافت مراقبت‌های سلامتی سفرهای بین‌المللی را انتخاب کنند، در همین راستا عوامل کلیدی موفقیت در بازاریابی این حوزه از گردشگری موقعیت‌یابی برند، امکانات و کیفیت مراقبت سلامت، نقاط (اماکن) گردشگری و ائتلاف افقی گزارش شده است (یانگ^۵، ۲۰۱۳). از عوامل مهم دیگر در این حوزه تجاری سازی است به عنوان قلب رشد گردشگری پزشکی، که به در دسترس بودن منابع مبتنی بر وب برای مصرف کنندگان خدمات بستگی دارد تا برای آنها اطلاعات فراهم کند و آنها را به ارائه دهندگان خدمات و واسطه‌ها متصل کند (لونت^۶ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین مطالعه عوامل موثر بر تصمیم بیماران بر انتخاب کشور مقصد و مرکز مراقبت سلامت نشان می‌دهد که ویژگی‌های خاص کشور مقصد (شرایط اقتصادی، جو سیاسی و سیاست‌های تنظیمی)، و رتبه اعتبار بخشی بیمارستان، کیفیت مراقبت و آموزش پزشک، و هزینه نقش اساسی در تصمیم‌گیری و انتخاب آنان دارد (اسمیت و فورگیون^۷، ۲۰۰۷). بنابر این در توسعه و کسب جایگاه و سهم بازار مناسب این نوع گردشگری عوامل مختلفی مؤثر است که باید شناسایی و

1. Lee, J & Kim, H.b.
2. Chakraborty, J.
3. Yu, J. Y & KO, T. G.
4. Suthin, K. Assenov, I & Tirasatayapitak, A.
5. Yang Y.S.
6. Lunt, N. Smith, R., Exworthy, M. Stephen, T. Horsfall, D & Mannion, R.
7. Smith, P.C & Forgione, D.A.

مورد ارزیابی قرار بگیرد. نظر به آنچه بیان گردید مدل مفهومی پژوهش در قالب شکل شماره چهار مشتمل بر ۸ عامل ۱۷ شاخص ارائه می‌گردد



شکل ۴. مدل مفهومی پژوهش (منبع نگارندگان ۱۳۹۹)

۵. یافته‌های تحقیق

سطح جذابیت یک کشور به عنوان یک مقصد برتر برای گردشگران پزشکی توسط عوامل مختلفی تعیین می‌شود لزوم یکپارچه‌سازی خدمات در راستای توسعه گردشگری سلامت و توجه به این مهم در تهیه طرح‌ها و برنامه‌های راهبردی که پژوهش حاضر در راستای آن شکل گرفته است علاوه بر رفاه حال گردشگران و سرمایه‌گذاران به کاهش هزینه‌ها و سازماندهی برنامه‌های گردشگری در جهت ایجاد زیرساخت‌های مناسب و قابل رقابت خواهد انجامید و به ارزیابی عملکرد رقابتی در جهت توسعه صنعت گردشگری سلامت نیز کمک شایانی می‌نماید. در این پژوهش عوامل توسعه دهکده‌های سلامت در راستای گسترش گردشگری پزشکی (مبتنی بر نظریه گراند تئوری) در هشت بعد (در قالب ۱۷ شاخص و ۱۰۳ زیر

شاخص) ارتباطات و بازاریابی، زیر ساخت‌ها و مقررات، سیستم دسترسی به اطلاعات (زیرساخت‌های الکترونیکی)، کیفیت، عوامل محیطی، هزینه انواع روش‌ها و پروسیجرهای درمانی و پدافند غیر عامل دسته‌بندی شده است در طی این فرآیند، شاخص‌ها و زیر شاخص‌ها با مقایسه اطلاعات اعتبار سنجی و با شناسایی نظرات و مدل‌های پشتیبانی کننده بر غنای و اعتبار شاخص‌ها و زیر شاخص‌ها افزوده شد. بررسی و تجزیه و تحلیل موقعیت شیراز (مدل استراتژیک SWOT) از نظر شاخص‌های تعیین شده منجر به شناسایی عوامل عمده داخلی (۲۴ عامل به عنوان نقاط قوت و ۲۲ عامل به عنوان نقاط ضعف) و خارجی (۱۲ عامل به عنوان فرصت‌ها و ۲۴ عامل به عنوان تهدید) شد و در ماتریس ارزیابی قرار گرفت سپس با استفاده از متد AHP الویت‌بندی شدند.

جدول ۲. ماتریس (ابعاد SWOT) عوامل داخلی و خارجی توسعه گردشگری پزشکی

مأخذ: نگارندگان، ۱۳۹۹

عوامل داخلی: IFE نقاط قوت S و نقاط ضعف W			
رتبه	وزن (AHP)	زیر شاخص (کدگذاری باز)	شاخص (کدگذاری محوری)
۵	۰/۰۵۷	S1: شهرت و کیفیت خدمات و تجهیزات پزشکی پیشرفته در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شیراز (فعال در گردشگری پزشکی) در مقایسه با کشور و همسایگان	کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی
۳	۰/۰۶۳	S2: حداقل زمان انتظار برای دریافت خدمات درمانی در ایران	
۱۱	۰/۰۴۲	S3: دارای بودن استانداردهای ملی پذیرش بیمار بین‌المللی (IPD) در بیمارستان‌های فعال در گردشگری پزشکی شیراز	
۷	۰/۰۵۲	S4: وجود زیرساخت‌های درمانی و مراکز تشخیصی و تحقیقاتی متعدد و زیرساخت‌های مناسب تکنولوژیکی و فیزیکی با معروفیت ملی و بین‌المللی در شیراز	
۱	۰/۰۷۲	S5: وجود متخصصین مجرب، قابل اعتماد و مشهور و تنوع خدمات تخصصی و فوق تخصصی در اکثر حوزه‌ها	کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران
۱۰	۰/۰۴۳	S6: کیفیت خوب مراقبت در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی (فعال در گردشگری پزشکی)	کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری
۱۷	۰/۰۲۹	S7: داشتن شرایط آب و هوایی چهار فصل	
۴	۰/۰۵۹	S8: امنیت بالای گردشگری در شیراز	
۱۲	۰/۰۳۹	S9: شهرت، جذابیت و محبوبیت شیراز در گردشگری و مهمان نوازی	

۸	۰/۰۴۸	S10: قطب ملی گردشگری تاریخی، فرهنگی- مذهبی با تأکید بر محورهای تاریخی هخامنشی و ساسانی (وجود جاذبه‌های دیدنی و متنوع طبیعی، تاریخی- فرهنگی با عملکرد ملی و بین‌المللی) و قطب گردشگری مذهبی بعد از مشهد و قم به واسطه مرقد مطهر حضرت شاهچراغ (ع)		
۱۶	۰/۰۳۱	S11: کیفیت خوب و مناسب امکانات رفاهی و تجهیزات فیزیکی در مکان‌های بازدید و آرامش محیط		
۱۴	۰/۰۳۵	S12: وجود امکانات خوب رفاهی - اقامتی و خدمات پذیرایی	امکانات خدماتی و تأسیساتی	
۱۵	۰/۰۳۳	S13: وجود شرکت‌های تسهیلگر و آژانس‌های گردشگری دارای مجوز در شیراز		
۲۳	۰/۰۱۷	S14: پیوند با شبکه ریلی کشور در شیراز		
۱۸	۰/۰۲۸	S15: نزدیکی به گره‌های حمل و نقل دریایی و خلیج فارس		
۹	۰/۰۴۵	S16: وجود فرودگاه بین‌المللی با پروازهای داخلی و بین‌المللی جهت انتقال گردشگران پزشکی		
۲۲	۰/۰۱۹	S17: کیفیت مناسب دسترسی جاده‌ای به شیراز		
۲	۰/۰۶۵	S18: برند بودن شیراز در پیوند اعضاء در کشور و منطقه (رتبه سوم جهان در زمینه پیوند اعضاء)	تبلیغات و بازاریابی	
۱۹	۰/۰۲۵	S19: پیشرو بودن در فراهم نمودن زیر ساخت‌های فناوری اطلاعات و IT در جهت فعالیتهای گردشگری پزشکی نسبت به استان‌های همجوار مانند سامانه‌های نوبت‌دهی تلفنی و اینترنتی، مشاوره تلفنی		
۶	۰/۰۵۵	S20: سطح پایین هزینه‌های درمانی و گردشگری نسبت به کشورهای مجاور	هزینه‌های درمانی و گردشگری	
۱۳	۰/۰۳۶	S21: آشنایی فرهنگی شیراز با منطقه تشخیصی- درمانی جنوب ایران	شرایط فرهنگی	
۲۱	۰/۰۲	S22: مطرح بودن فارس در گیاهان دارویی از جمله منطقه چشمه انجیر	درمان‌های طبیعی و سنتی (طب مکمل)	
۲۰	۰/۰۲۲	S23: برخورداری از آب و هوای کوهستانی و وجود مناطق ییلاقی در اطراف به ویژه شمال غرب شیراز		
۲	۰/۰۶۵	S24: مقبولیت شیراز در زمینه چشم پزشکی، جراحی زیبایی، قلب در کشور و منطقه	درمان‌های پزشکی	
رتبه	وزن (AHP)	یونوزیر شاخص (کدگذاری باز)	شاخص (کدگذاری محوری)	
۱۷	۰/۰۳۱	W1: عدم توجه به توسعه منابع انسانی و ضعف نیروی انسانی ماهر در صنعت گردشگری و گردشگری سلامت (غیر مرتبط بودن نیروها از نظر علمی و عدم به کارگیری یا تربیت نیروهای متخصص و کارآمد در این	وضعیت منابع انسانی موجود در گردشگری	۱.۳.۳

		حوزه)	و گردشگری سلامت
۹	۰/۰۵۶	W2: عدم دسترسی بیماران به اطلاعات مربوط به هزینه‌ها، تجهیزات پزشکی و استانداردهای مربوط به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در وب سایت برخی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در گردشگری پزشکی	سیستم دسترسی به اطلاعات پزشکی و گردشگری
۱۸	۰/۰۲۹	W3: عدم دسترسی کافی به اطلاعات مربوط به پزشکان، متخصصان و پرستاران بیمارستان‌ها و مراکز درمانی	
۴	۰/۰۶۲	W4: عدم دسترسی به پیگیری درمان و مراقبت پس از ترخیص	
۱۹	۰/۰۲۸	W5: عدم دسترسی به اطلاعات مربوط به گردشگری در وب سایت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی فعال در گردشگری پزشکی	
۷	۰/۰۶۵	W6: عدم دسترسی و ثبت اطلاعات و شاخص‌های مربوط به آمار گردشگران سلامت جهت برنامه‌ریزی	
۶	۰/۰۶۵	W7: عدم وجود سیستم اطلاعات بیمارستانی یکپارچه در شیراز جهت گردشگران سلامت	
۱	۰/۰۸۲	W8: فقدان هتل بیمارستان‌ها و مراکز اقامتی مخصوص گردشگران پزشکی در شیراز	
۲۱	۰/۰۲۲	W9: عدم وجود شبکه ریلی و بزرگراهی اتصال دهنده استان فارس به استان‌های جنوبی، شرقی و غربی کشور	
۲	۰/۰۸۱	W10: پروازهای داخلی و بین‌المللی محدود و عدم وجود خطوط هوایی بین مراکز استان‌ها جهت انتقال گردشگران پزشکی، عدم پرواز مستقیم از شهرهای مذهبی عراق نظیر کربلا و نجف و بصره به شیراز علی‌رغم ورود تعداد قابل توجه این گردشگران	
۱۱	۰/۰۲	W11: عدم وجود نمایشگاه دایمی و تخصصی در حوزه گردشگری سلامت	
۱۶	۰/۰۳۳	W12: ضعف قوانین مربوط به خطاهای پزشکی و فقدان نظام پاسخ‌گویی به گردشگران پزشکی ناراضی همچنین وجود برخی محدودیت‌ها در زمینه حقوق بیمار	قوانین
۱۳	۰/۰۴	W13: عدم وجود قوانین مورد نیاز و جدید به علت نو بودن گردشگری سلامت و وجود برخی قوانین دست و پاگیر	
۵	۰/۰۷۳	W14: قوانین ناکارآمد بیمه‌ای نظیر عدم پوشش بیمه جهت مراقبت‌های پس از درمان و عدم انجام تعهدات مالی برخی سازمان‌های بیمه‌گر و وجود بیمه‌های ناکارآمد داخلی	
۴	۰/۰۷۷	W15: سوء استفاده شبکه‌های زیر زمینی و ضعف قوانین درمانی در این زمینه	

۳	۰/۰۷۸	W16: فقدان رابطه منطقی میان سیاست‌های کلان در حوزه گردشگری سلامت با خط مشی‌های راهبردی، اجرایی و اقدامات عملی در این حوزه (مدیریت کوتاه مدت و سطحی‌نگر و فقدان مدیریت کلان، فقدان برنامه و نظام جامع و سیستماتیک توسعه گردشگری سلامت در نتیجه عدم ثبات برنامه‌ریزی این نهادها، عدم اجرای سیاست‌های اقتصاد مقاومتی جهت مقابله با تحریم‌های بین‌المللی، فقدان متولیان مشخص موازی کاری، سردرگمی و عدم وجود نهاد بین بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی، وجود بوروکراسی اداری و عدم ارائه مجوز برای توسعه گردشگری پزشکی)	سیاستگذاری	
۱۰	۰/۰۵۳	W17: ارتباط ضعیف صنعت گردشگری پزشکی با رسانه‌های داخلی برای نشان دادن قابلیت‌های گردشگری پزشکی، عدم هماهنگی نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی.	زبان و ارتباطات	
۱۱	۰/۰۴۷	W18: نبود بسته گردشگری	تبلیغات و بازاریابی	
۱۲	۰/۰۴۴	W19: عدم تشویق قشر گردشگر سلامت داخلی جهت استفاده از امکانات اینترنت و فناوری‌های نو	درمان‌های سنتی	
۲۰	۰/۰۲۳	W20: عدم وجود برنامه مدون و دقیق طب سنتی - اسلامی در شیراز	پدافند غیر عامل	
۱۵	۰/۰۳۴	W21: عدم توجه به ارائه خدمات بالینی و مشاوره‌ای به بیماران و پشتیبانی از همراهان آنان		
۱۴	۰/۰۳۹	W22: نیازهای درمانی مردم بومی و ازدحام مطبها و مراکز درمانی به واسطه حضور گردشگران پزشکی و در نتیجه ایجاد مشکلات روانی - اجتماعی مردم محلی		
عوامل خارجی: (EFE) فرصتها (O) و تهدیدها (T)				
رتبه	وزن (AHP)	زیر شاخص (کدگذاری باز)	شاخص (کدگذاری محوری)	
2	۰/۱۰۶	O1: وجود مراکز درمانی مدرن بین‌المللی و مناسب بودن فضای کالبدی این مراکز در شیراز نظیر بیمارستان اردیبهشت، خدادوست و پیوند اعضای بوعلی سینا	کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی	۳
۱	۰/۱۱۱	O2: شهرت بین‌المللی پزشکان ایرانی	کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران	
3	۰/۱	O3: بالا بودن قیمت خدمات درمانی و دوره‌های درمان در کشورهای دیگر نسبت به ایران	هزینه‌های درمانی و	

		گردشگری		
۴	۰/۰۹۳	O4: وجود بازارهای هدف کشورهای عراق و حوزه خلیج فارس به ویژه عمان	تبلیغات و بازاریابی	
۹	۰/۰۶۱	O5: نقش فراملی شهر شیراز در ارائه خدمات برتر منطقه‌ای و ارتباطات مؤثر لار با کشورهای حاشیه خلیج فارس	زبان و ارتباطات	
۵	۰/۰۰۹	O6: مزیت مکانی منطقه و نزدیکی به کشورهای مبدا گردشگری به ویژه کشورهای ثروتمند منطقه خلیج فارس	شرایط فرهنگی	
۴	۰/۰۹۳	O7: شناخت و قربت فرهنگی - مذهبی با گردشگران پزشکی کشورهای بازار هدف		
۶	۰/۰۸۸	O8: ارزآوری و خروج از اقتصاد تک محصولی و شکننده		
۸	۰/۰۷۲	O9: افزایش فرصت‌های شغلی و ایجاد شغل‌های جدید در بخش‌های مختلف و کاهش نرخ بیکاری، رشد و توسعه بخش خصوصی		
۷	۰/۰۷۸	O10: روند افزایشی جذب توریسم پزشکی به شیراز به ویژه در دو سال اخیر	ابعاد اقتصادی	
۱۱	۰/۰۵۳	O11: فرصت توسعه و جلب سرمایه‌گذاری، افزایش مشارکت بخش خصوصی در فراهم نمودن خدمات بهداشتی-درمانی، همچنین تمایل به سرمایه‌گذاری در بخش گردشگری سلامت توسط سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی		
۱۰	۰/۰۵۵	O12: وجود محدودیت‌های قانونی برای انجام جراحی در کشورهای اسلامی منطقه	قوانین	
رتبه	وزن (AHP)	زیر شاخص (کدگذاری باز)	شاخص (کدگذاری محوری)	
۱۳	۰/۰۳۹	T1: عدم دریافت مجوزهای رسمی بین‌المللی مانند کمیسیون مشترک بین‌المللی (JCI) و استانداردهای کیفیت (NCQA, ESQA, ISO)	کیفیت و تسهیلات بیمارستان و مراکز درمانی	بازاریابی
۶	۰/۰۶۳	T2: عدم پوشش بیمه بین‌المللی برای بیماران خارجی به دلیل وجود موانع بر سر راه انتقال بیمه از کشورهای مبدا		
۱۴	۰/۰۳۵	T3: فقدان گواهینامه بین‌المللی توسط برخی پزشکان، متخصصان و پرستاران	کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران	
۷	۰/۰۶۱	T4: عدم وجود تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی	امکانات	
۲	۰/۰۷۵	T5: فعالیت محدود شرکتهای تسهیل‌گر و آژانس‌های گردشگری دارای مجوز از وزارت بهداشت و گردشگری در کشورهای مبدا گردشگری جهت بازاریابی در کشورهای همسایه و هدایت گردشگران	خدماتی، زیربنایی، تاسیساتی	

۳	۰/۰۷۱	T6: عدم وجود تعریف استاندارد خدمات درمانی برای بیماران خارجی، همچنین عدم نظارت بر اجرای صحیح تعرفه‌های پزشکی موجود و وجود قوانین ناکارآمد در زمینه شفافیت قیمت خدمات درمانی و گردشگری	قوانین
۴	۰/۰۶۸	T7: ضعف سیاست‌ها و فرایندهای نظارتی در نتیجه گسترش فعالیت دلالان و واسطه‌گرهای غیر قانونی	سیاست‌گذاری
۱۵	۰/۰۳۳	T8: بحران اقتصادی اخیر و ریسک بالای سرمایه‌گذاری بخش خصوصی با توجه به نوسانات نرخ ارز و تحریم‌های بین‌المللی	ابعاد اقتصادی
۱۲	۰/۰۴۲	T9: پایین بودن تسلط به زبانهای کشورهای مبدأ گردشگری سلامت و بین‌المللی در بین تیم پزشکی و درمانی و فقدان زیرساخت‌های اینترنتی گردشگری سلامت به زبان‌های انگلیسی، عربی و سایر زبان‌های مورد نیاز	زبان و ارتباطات
۱۱	۰/۰۴۴	T10: ضعف همکاری بین سفارتخانه‌ها و مراکز درمانی و عدم توافق‌نامه‌های همکاری با مراکز پزشکی بین‌المللی، ارتباط ضعیف صنعت گردشگری پزشکی با رسانه‌های برون مرزی برای نشان دادن قابلیت‌های گردشگری پزشکی شیراز	ارتباطات
۱۹	۰/۰۲۲	T11: مشکل آلودگی هوای ناشی از فعالیت‌های اقتصادی و صنعتی در شیراز	زیست محیطی
۲۲	۰/۰۱	T12: قرار گرفتن استان فارس در پهنه زلزله‌خیزی کشور (جزو چهار استان زلزله خیز)	
۲۳	۰/۰۰۷	T13: مشکلات مربوط به دفع پسماندها	
۲۱	۰/۰۱۳	T14: تداوم روند خشکسالی و کاهش منابع آب	
۱۶	۰/۰۳	T15: عدم صدور ویزای پزشکی و بی‌توجهی به این امر در ایران	تبلیغات و بازاریابی
۱	۰/۰۸۹	T16: عدم وجود برنامه‌های مدون جهت اطلاع‌رسانی، تبلیغات و بازاریابی، فقدان سیستم تبلیغاتی برون مرزی، عدم زیر ساخت قوی فناوری اطلاعات و ضعف در استفاده از تبلیغات نوین، فقدان ساختار مناسب این نوع تبلیغات جهت اعتمادسازی و جذب گردشگران خارجی در منطقه	
۲۰	۰/۰۱۸	T17: امکان انتقال بیماری‌های واگیر و عدم وجود مراکز پاراکلینیکی مجهز و مدرن در نزدیکی مرز جهت انجام معاینات اولیه و هدایت گردشگران	
۱۷	۰/۰۲۶	T18: مهاجرت برخی پزشکان متخصص و باتجربه به کشورهای دیگر	پدافند غیر عامل
۱۰	۰/۰۵۲	T19: تقویت زیرساخت‌ها و رقابت شدید در حوزه گردشگری پزشکی بین کشورهای منطقه به ویژه ترکیه، اردن، امارات متحده عربی	
۹	۰/۰۵۶	T20: تنوع بالای خدمات گردشگری پزشکی در کشورهای آسیایی فعال در حوزه گردشگری پزشکی	

۵	۰/۰۶۵	T21: سرمایه‌گذاری بعضی از کشورهای رقیب نظیر هند در حوزه گردشگری پزشکی کشورهای حوزه خلیج فارس		
۸	۰/۰۵۷	T22: تبلیغات منفی رسانه‌های خارجی و ارائه تصویری تحریف‌شده از ایران به جامعه جهانی و کمبود منابع برای مقابله با این گفتمان منفی		
۱۸	۰/۰۲۴	T23: بی‌ثباتی سیاسی در بعضی کشورهای همسایه و گسترش تروریسم		

با توجه به نتایج جدول شماره ۲ انواع راهبردها ارائه و عوامل مرتبط با آن نیز ذکر شده است. جهت تعیین روابط بین انواع راهبردها در پژوهش حاضر از تکنیک DEMATEL فازی استفاده شده است.

جدول ۳. مهم‌ترین راهبردهای توسعه گردشگری پزشکی در فارس

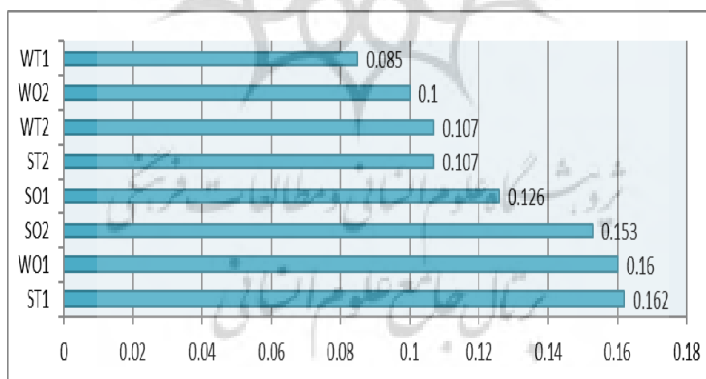
مأخذ: نگارندگان، ۱۳۹۹

راهبردهای تهاجمی (SO) و عوامل مرتبط با آن			
S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19, S20, S21, S22, S23, O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8, O9, O10, O11, O12	SO2: بسترسازی احداث دهکده مدرن سلامت و بازیابی مصوبات قبلی در این زمینه با رویکردی یکپارچه با توجه به پتانسیل‌های موجود در حوزه تندرستی، درمانی و پزشکی و بهبود مزیت‌های رقابتی عرضه با توجه به پتانسیل‌ها و درم ناطق ییلاقی نزدیک به کلان شهر شیراز در یک محیط طبیعی با طراحی مناسب و ایجاد شرایط رقابتی از دوره درمان و قیمت خدمات در مقایسه با سایر کشورها	S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S22, S23, S24, O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8, O9, O10, O11, O12	SO1: تمرکز و تلاش جهت ارتقاء کیفیت و تنوع خدمات درمانی در راستای دستیابی به جایگاه بین‌المللی و بهبود کیفیت جاذبه‌های گردشگری و تقویت امکانات خدماتی، تأسیساتی و و زیر ساخت‌های لازم با استانداردهای بین‌المللی جهت بالا بردن رتبه خدمات برتر در این بخش و تقویت جایگاه بخش گردشگری سلامت در اقتصاد استان فارس و رقابت برای جلب رضایت مشتری و اعتماد سازی جهت جذب بیشتر گردشگران پزشکی
راهبردهای بازنگری (WO) و عوامل مرتبط با آن			
W2, W3, W4, W5, W8, W10, W11, W17, W18, W19, W21, O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8, O9, O10, O	WO2: طراحی و تدوین استراتژی بازاریابی منسجم و مؤثر با استفاده از پتانسیل شباهت‌های فرهنگی و زبانی به همراه بسته‌های متنوع گردشگری سلامت متناسب با پتانسیل و قابلیت‌های منطقه در راستای برند و تقویت شبکه حمل و نقل هوایی در	W1, W6, W7, W8, W9, W10, W12, W13, W14, W15, W16, W20, W22, O1, O2, O4, O5, O6, O7,	WO1: تدوین نقشه راه و سند توسعه گردشگری سلامت فارس و تهیه سیاست‌ها، و قوانین مورد نیاز، طرح‌ها و برنامه‌های راهبردی در جهت پشتیبانی و حمایت از این نوع گردشگری، تشریح وظیفه بخش‌های اقتصادی و نهادهای مسئول در گردشگری سلامت جهت همبستگی، انتظام بخشی، رفع

,O11,O12	چارچوب ارتقاء پیوندهای ملی و بین‌المللی با بازارهای هدف به ویژه حوزه خلیج فارس، بصره و شهرهای مذهبی عراق	O8 O9,O10 O11	تعارضات عملکردی و موازی‌کاری دستگاه‌های اجرایی، یکپارچه‌سازی نظام مدیریت استان در این بخش و بسترسازی مشارکت بخش خصوصی در زمینه سرمایه‌گذاری
راهبردهای تنوع (ST) و عوامل مرتبط با آن			
S4, S5 S6, S8 S9,S10 S13,S15 S16,S18 S19,S21 S24,T3 T5,T6 T7,T9 T10,T17 T18,T22	ST2: ارتقای امنیت گردشگران و افزایش احساس امنیت اجتماعی و روانی مردم محلی، ارتقای سطح فرهنگ و روحیه گردشگرپذیری و مهارت‌های علمی (اخذ تأییدها و استانداردهای بین‌المللی توسط پزشکان، متخصصان و پرستاران)، زبانی (زبان‌های بین‌المللی و مولد گردشگر) و ارتباط با بیمار خارجی جهت جلب اعتماد و وفادارسازی و مقابله با برخی تبلیغات منفی، توانمندسازی نیروی انسانی متخصص در این بخش و اتخاذ تدابیری در جهت حمایت و جلوگیری از مهاجرت متخصصان و پزشکان و جلب همکاری متخصصین ایرانی خارج از کشور.	S1,S2,S3 S4,S5,S6 S7,S8,S9 S10,S11 S12, S13 S14, S15 S16, S17 S18, S19 S20, S21 S22,S23 T2 T5,T6 T7,T9 T10,T15 T16,T22	ST1: تدوین برنامه جامع و مشخص برای شرکت‌های گردشگری و تسهیل‌گر استان در داخل و خارج کشور جهت حفظ وجهه و تقویت جایگاه قطب گردشگری پزشکی شیراز و ساماندهی گردشگری سلامت از طریق جلوگیری از فرآیندهای غیرشفاف در تبادل بیماران با بیمارستان‌ها و مراکز درمانی (ساماندهی دلالت و واسطه‌های غیرمجاز و شناسنامه‌دار کردن آنها) و انجام رایزنی‌های سیاسی و فرهنگی لازم با شرکتهای و لیدرهای جهانی جهت برقراری ارتباطات دوطرفه در راستای جذب بیش از پیش گردشگران خارجی، انتقال بیماران و تدوین راهبردهای توسعه بیمه تکمیلی و رفع موانع انتقال آن، انعقاد قرارداد با بیمارستان‌های بازارهای هدف
راهبردهای تدافعی (WT) و عوامل مرتبط با آن			
W2,W3 W4,W5 W6,W7 W11,W14 W17,W19 W21,T1 T4,T9,T10 T15 T19 T21, T22	WT2: توسعه و تقویت زیرساخت‌ها و استانداردهای بین‌المللی توسط مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی و گردشگری در حوزه‌های گوناگون به ویژه توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات در راستای تبلیغات، ایجاد سیستم وب‌درمانی و ایجاد بانک اطلاعات پزشکی و گردشگری،	W4,W12 W13,W1 4W15,W 19W21, W22T6, T7T8T11 ,T12 T13,T14 T17,T18 T22,T23	WT1: تدوین و اجرای برنامه‌های گردشگری سلامت شیراز بر پایه ملاحظات زیست محیطی (فاصله از مراکز و کانون‌های آلاینده‌گی و الزامی نمودن انجام مطالعات ارزیابی اثرات زیست محیطی و برنامه‌ریزی و کنترل منابع آلاینده احتمالی این برنامه‌ها و مدیریت جامع پسماندها) پایداری و پدافند غیر عامل

راه‌اندازی سیستم اطلاعات بیمارستانی یکپارچه گردشگران درمانی در شیراز جهت مدیریت یکپارچه، اعتمادسازی و جذب گردشگران بازارهای هدف، ارائه مشاوره پزشکی و درمانی قبل و بعد از درمان، تشویق قشر گردشگر سلامت داخلی جهت استفاده از امکانات اینترنت و فناوری‌های نو، استقرار تکنولوژی‌های نوین بانکی و تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی		
--	--	--

یافته‌های حاصل از تلفیق تکنیک‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره با مدل SWOT، نشان داد که در خصوص اولویت‌بندی استراتژی‌ها، به ترتیب استراتژی تهاجمی (SO) در اولویت اول، استراتژی تنوع (ST) در الویت دوم و استراتژی‌های بازنگری (WO) و تدافعی (WT) به ترتیب در اولویت‌های بعدی قرار گرفتند.



شکل ۵. الویت‌بندی راهبردها جهت دستیابی به اهداف تحقیق

در نهایت به دلیل اهمیت دهکده سلامت با خدمات یکپارچه مد نظر این پژوهش و ضرورت بعد پدافند غیر عامل در این دهکده، احداث مرکز پاراکلینیکی مجهز و مدرن در

مناطق مرزی دارای پتانسیل پیشنهاد گردید تا از یک طرف مانع ورود بی‌رویه گردشگران سطوح پایین به مراکز خدماتی سطح بالاتر شود و از طرف دیگر از شیوع بیماری‌های واگیردار از کشورهای اطراف به داخل کشور جلوگیری شود. بهترین نقطه، جهت احداث مرکز پاراکلینیک مجهز و مدرن در استان فارس (بر اساس نظر خبرگان و یافته‌های پژوهش) به سبب داشتن موقعیت گمرک هوایی و ارتباطات مؤثر با کشورهای حاشیه خلیج فارس همچنین افزایش تعداد گردشگران سلامت شهر لار می‌باشد. همچنین به منظور ظرفیت‌سازی برای توسعه گردشگری بر اساس معیارهای جهانی رقابت در گردشگری پزشکی و پرهیز از پراکنده‌کاری و جلوگیری از همپوشانی مضاعف و دوباره‌کاری، دهکده سلامت در فاصله کمتر از ۳۰ دقیقه‌ای از کلانشهر شیراز و در منطقه ییلاقی کستان به عنوان کانون اصلی ارائه خدمات در سطوح عالی در منطقه پنج سلامت (دهکده سلامت) پیشنهاد گردید. از لحاظ جغرافیایی، کستان در شمال غرب شیراز و در مسیر جاده سپیدان قرار گرفته است.



شکل ۶. مکان‌های پیشنهادی جهت احداث دهکده سلامت و مرکز مدرن پاراکلینیک در کلان منطقه پنج

سلامت (استان فارس)،

مأخذ: یافته‌های تحقیق

۶. نتیجه‌گیری

در این پژوهش چارچوبی از شاخص‌ها تحت عنوان شاخص‌های گسترش دهکده‌های سلامت در راستای توسعه گردشگری پزشکی، با رویکرد ارائه خدمات یکپارچه و مزیت رقابتی تدوین سپس به شناسایی عوامل و ارائه راهبردها متناسب با ابعاد مختلف و اهداف برنامه چشم‌اندازدر آیمزه‌های مختلف در استان فارس پرداخته شد که با توجه به نقش مهم این صنعت در اقتصاد جهانی و نیاز مبرم کشور به ارز اوری و توسعه علمی و مراودات فرهنگی در صورت اعمال مدیریت توانمند و توجه ویژه بر راهبردهای حوزه بازاریابی و ارتباطات، امکانات خدماتی، تاسیساتی، مدیریت و سیاستگذاری، قوانین و مقررات می‌تواند پاسخگوی طیف خدمات برتر (گردشگری پزشکی) مورد نیاز کشورهای منطقه در حوزه نفوذ جنوب کشور باشد.

در خصوص فاکتورهای مرتبط با کیفیت خدمات و تسهیلات پزشکی و گردشگری به عنوان یکی از مهمترین عوامل توسعه گردشگری پزشکی تفاوت این پژوهش با مطالعات مشابه بر روی سه شاخص اصلی کیفیت و تسهیلات بیمارستان، کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران، کیفیت خدمات و جاذبه‌های گردشگری تمرکز کرده است که با برنامه‌ریزی و تلاش منجر به ارتقاء کیفیت و تنوع خدمات درمانی جهت بالا بردن رتبه خدمات برتر در راستای دست یابی به جایگاه بین‌المللی و تقویت جایگاه بخش گردشگری سلامت در اقتصاد استان خواهد شد. دیگر پژوهشگران نظیر اسمیت و فورگیون (۲۰۰۷) بیشتر بر روی عوامل مربوط به کیفیت خدمات پزشکان، متخصصان و پرستاران تأکید دارند. یو و کو (۲۰۱۲) در پژوهشی بر فاکتورهای مربوط به کیفیت و تسهیلات بیمارستان شامل استانداردهای بیمارستان و اعتبار بخشی مراکز پزشکی تأکید کرده‌اند. لیانگ^۱ و همکاران (۲۰۱۷) یک مدل ساختاری را برای سه کشور جنوب شرقی آسیا یعنی سنگاپور، تایلند و مالزی با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و ارزش ادراک شده ارائه داده‌اند و مهم‌ترین عامل در گردشگری پزشکی را کیفیت مراقبت‌های بهداشتی می‌دانند. بهار و کوزا^۲ (۲۰۰۷) در

1. Liang, Z.X. Hui, T.K & Sea, P.Z.

2. Bahar O, Kozak M.

مطالعه‌ای بر کیفیت خدمات گردشگری شامل استاندارد بهداشت و اصول بهداشتی، کیفیت خدمات گردشگری، کیفیت غذا و آشامیدنی داخلی، ارزش کلی پول، استاندارد تأسیسات و فعالیت‌ها برای کودکان، استاندارد امکانات اقامتی (سکونتی) توجه کرده‌اند. بارتزیس^۳ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی دلیل اصلی کیفیت روزافزون خدمات سلامت در کشورهایی که مقصد محبوب گردشگری پزشکی هستند را استفاده روزافزون از فناوری مدرن پزشکی در رقابت با کشورهای پیشرفته می‌دانند که می‌تواند تجربه گردشگری پزشکی را بهبود بخشد و سهم خود را در رشد بازار رشد دهد (بارتزیس و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به اهمیت فناوری اطلاعات و ارتباطات در بحث گسترش دهکده‌های سلامت و به تبع آن توسعه گردشگری پزشکی این مبحث در این پژوهش تحت عنوان دسترسی به اطلاعات پزشکی و گردشگری تقسیم‌بندی شده است و در همین راستا ایجاد سیستم وب‌درمانی و بانک اطلاعات پزشکی و گردشگری، راه‌اندازی سیستم اطلاعات بیمارستانی یکپارچه گردشگران درمانی در شیراز جهت مدیریت یکپارچه، ارائه مشاوره پزشکی و درمانی قبل و بعد از درمان و امکان ثبت تجربه بیماران حایز اهمیت قلمداد شده است. در پژوهش ایونینگتیس و آریبو نقش استراتژیک ICT در ارائه خدمات یکپارچه هم برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و هم برای گردشگری بسیار مهم شمرده شده است (ایونینگتیس و آریبو^۴، ۲۰۲۰) و از این جهت با نتایج این پژوهش همسو است. در پژوهشی دیگر توسعه ICT و بازاریابی اینترنتی محور برای برنامه‌ها و فعالیت‌های تبلیغاتی عامل مهمی در انتخاب مقصد عنوان شده است (سرور^۵ و همکاران، ۲۰۱۲).

عوامل مربوط به بخش زیرساخت‌ها و مقررات در این مطالعه تحت عنوان سه شاخص امکانات زیر بنایی، خدماتی، تأسیساتی، قوانین و مقررات و سیاست‌گذاری‌ها دسته‌بندی شده است. در این حوزه تقویت شبکه حمل و نقل هوایی در چارچوب ارتقاء پیوندهای ملی و بین‌المللی با بازارهای هدف به ویژه حوزه خلیج فارس، بصره و شهرهای مذهبی عراق و استقرار تکنولوژیهای نوین بانکی و تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی

3. Bartzis, G., Kaitelidou, D., Bistaraki, A., & Konstantakopoulou, O.

4. Ayuningtyas, D & Ariwibowo, D. A.

5. Sarwar, A. A. Manaf, N. A & Omar, A.

تهیه سیاست‌ها، و قوانین مورد نیاز و جلوگیری از فرآیندهای غیرشفاف در تبادل بیماران با بیمارستان‌ها و مراکز درمانی با ساماندهی دلالت‌ها و واسطه‌های غیرمجاز و شناسنامه‌دار کردن آنها از جمله راهبردهای ارائه‌شده در این پژوهش می‌باشد. هیونگ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای محیط فیزیکی، بیمارستان‌های مجزا را به عنوان فاکتورهای زیر ساخت و سیاست‌های تبلیغاتی، نیاز به سیاست‌های جدید را در حوزه سیاست‌گذاری، در توسعه گردشگری پزشکی هنگ‌کنگ مهم قلمداد می‌کند. تیلگاواتی و شانکار^۶ (۲۰۱۳) در پژوهشی مبتنی بر دیدگاه مبتنی بر منابع و نظریه مزیت رقابتی پورتر یکی از راهبردهای گردشگری پزشکی توسط مراکز درمانی را معطوف به قوانین و مقررات دولتی دانسته‌اند.

عوامل ارتباطات و بازاریابی در این پژوهش شامل دو شاخص زبان و ارتباطات و تبلیغات و بازاریابی می‌باشد. در این خصوص تشریح وظیفه بخش‌های اقتصادی و نهادهای مسئول در گردشگری سلامت جهت همبستگی، انتظام‌بخشی، رفع تعارضات عملکردی و موازی‌کاری دستگاه‌های اجرایی، یکپارچه‌سازی نظام مدیریت استان همچنین طراحی و تدوین سیستم تبلیغاتی برون‌مرزی کشورهای هدف و استراتژی بازاریابی منسجم و مؤثر با استفاده از پتانسیل شباهت‌های فرهنگی و زبانی به همراه بسته‌های متنوع گردشگری می‌تواند حایز اهمیت باشد. یانگ (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای در بحث بازاریابی به تبلیغات، موقعیت‌یابی برند، مدل قیمت‌گذاری، کانال بازاریابی توجه ویژه دارد؛ و چم و همکاران (۲۰۲۰) به اهمیت جنبه‌های اجتماعی و بازاریابی برای ایجاد چهره تجاری در بیمارستان‌های فعال در گردشگری پزشکی و در نتیجه، تصویر برند توجه می‌کنند (چم و همکاران، ۲۰۲۰).

عوامل محیطی مرتبط با توسعه گردشگری پزشکی در این پژوهش شامل دو شاخص شرایط فرهنگی و موقعیت زیست‌محیطی می‌شود. تدوین و اجرای برنامه‌های گردشگری سلامت شیراز بر پایه ملاحظات زیست‌محیطی (فاصله از مراکز و کانون‌های آلودگی و الزامی نمودن انجام مطالعات ارزیابی اثرات زیست‌محیطی و برنامه‌ریزی و کنترل منابع آلاینده احتمالی این برنامه‌ها و مدیریت جامع پسماندها) پایداری و پدافند غیر عامل عنوان می‌تواند

6. Thilagavathi, K & Shankar, Ch.

در این راستا حائز اهمیت باشد. اولشا و انادولب^۷ (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای به شناسایی و تحلیل عوامل زیست محیطی کلان و خرد در بازار گردشگری پزشکی پرداخته و شرایط طبیعی را جز عوامل کلان در نظر می‌گیرد. برخی محققان نظیر فتشیرین و استفانو (۲۰۱۶) شناخت فرهنگی و بهار و کوزا (۲۰۰۷) بُعد فاصله را به عنوان شاخص‌های مهم در این حوزه قلمداد می‌کنند.

عوامل مربوط به هزینه‌ها در این مطالعه تحت عنوان دو شاخص هزینه‌های پزشکی و هزینه‌های گردشگری تقسیم‌بندی شده‌اند. سطح پایین هزینه‌های درمانی و گردشگری در ایران نسبت به کشورهای مجاور مهم‌ترین نقطه قوت و عدم شفافیت قیمت‌ها به عنوان مهم‌ترین نقطه ضعف گردشگری ایران به تبع شیراز در این پژوهش می‌باشد. یه و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای مبتنی بر نظریه رانشی کششی یکی از عوامل انگیزشی گردشگران درمانی را بحث هزینه‌ها می‌دانند که از این جهت همسو با این پژوهش می‌باشد.

در این مطالعه روش‌ها و پروسیجرهای درمانی شامل سه شاخص درمان‌های طبیعی، طب مکمل و پزشکی می‌شود. هر چند شیراز در اکثر حوزه‌های تخصصی به ویژه در زمینه چشم پزشکی، جراحی زیبایی، قلب و پیوند در کشور و منطقه دارای مقبولیت است اما عدم وجود برنامه مدون و دقیق برای سایر درمان‌ها (درمان‌های طبیعی و طب سنتی - مکمل) با توجه به نیاز روز دنیا و رقابت در این حوزه از مهم‌ترین موانع ذکر شده است بر همین اساس بسترسازی احداث دهکده مدرن سلامت و بازبینی مصوبات قبلی در این زمینه با رویکردی یکپارچه با توجه به پتانسیل‌های موجود در حوزه تندرستی، درمانی و پزشکی و بهبود مزیت‌های رقابتی عرضه با توجه به پتانسیل‌ها و در مناطق بیلاقی نزدیک به کلان شهر شیراز در یک محیط طبیعی با طراحی مناسب ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا از جمله عوامل تعیین‌کننده موفقیت یک کشور به عنوان مقصد گردشگری پزشکی، مکان‌های ویژه‌ای است که به واسطه مجموعه تفریحی، درمانی اسپاها ایجاد شده است (آکسینوا^۸ و همکاران،

7. Ulaş D, Anadol Y. A

8. Aksenova, E I., et al. "Recreational Potential of Medical Tourism of Russia

۲۰۲۰) و در دسترس نبودن درمان جدید نیز باعث تجربه خدمات پزشکی در خارج از کشور می‌شود (وراستورن و بیسی زی، ۲۰۱۰).

کتاب‌نامه

۱. ابراهیمی، م؛ طیبی ابوالحسنی س. ا. ح؛ رستمی م. (۱۳۹۷). بازار گردشگری پزشکی در بیمارستانهای منتخب شهر تهران: کاربست خوشه‌بندی. *مجله مدیریت اطلاعات سلامت*. ۱۵ (۳). ۱۱۹-۱۱۴.
۲. اداره گردشگری سلامت. (۱۳۹۸). *وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*.
۳. اسعدی، م؛ باصولی م؛ برومندزاد ی؛ درخش س. (۱۳۹۸). توسعه گردشگری سلامت با رویکرد کیفی نگاشت شناختی. *پایش*. ۱۸ (۵)، ۴۶۴-۴۵۵.
۴. چکیده مطالعات آمایش فارس. (۱۳۹۷). *سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان فارس*.
۵. حسین پور، ر؛ ریاحی، ل. (۱۳۹۷). رابطه قابلیت‌های گردشگری پزشکی درمانی با میزان جذب توریست در استان اردبیل. *مجله سلامت و بهداشت*. ۹ (۲)، ۱۷۱-۱۵۹.
۶. حسینی، س.س؛ تقوایی، م. (۱۳۹۹). تدوین و ارزیابی شاخص‌های سیاستگذاری و قوانین گردشگری پزشکی در ایران (یک مطالعه کیفی و کمی مجله اخلاق زیستی). ۱۰ (۳۵)، ۱-۱۴.
۷. سالنامه آماری استان فارس. (۱۳۹۶). *سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان فارس*.
۸. فتح‌اللهی، ف؛ استعلاجی، ع.ر. (۱۳۹۸). مکان‌یابی دهکده سلامت در شهرستان رامسر با از مدل‌های AHP و VIKOR. *فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)*. ۹ (۳)، ۵۳۳-۵۴۵.
۹. فولادی، ن؛ حبیب زاده، ش؛ براری، س؛ علی‌محمدی اصل، ح؛ همایون فر، ن؛ نعمتی، ع. (۱۳۹۷). بررسی عوامل موثر بر سفر درمانی به ایران از دیدگاه گردشگران آذربایجانی در سال ۱۳۹۵. *مجله سلامت و مراقبت*. ۲۰ (۳)، ۲۵۲-۲۶۰.
۱۰. زارعی، ق؛ زارعی، ح. (۱۳۹۸). شناسایی عوامل مرتبط با افزایش مدت اقامت گردشگران تندرستی در سرعین. *نشریه مدیریت اطلاعات سلامت*. ۱۶ (۵)، ۲۱۴-۲۲۱.
۱۱. میرانی، ن؛ اسدزاده، ا. (۱۳۹۷). بررسی نقش کیفیت نهادی بر توسعه صنعت گردشگری پزشکی در ایران: رویکرد الگوریتم جستجوی گرانشی و الگوریتم کرم شب تاب. *فصلنامه علمی نظریه‌های کاربردی اقتصاد*. ۵ (۴)، ۳۰-۱.

۱۲. ناصرپور، م؛ موسوی، س.ن؛ سبهنود، ر. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر عوامل غیردرمانی بر توسعه گردشگری سلامت. فصلنامه گردشگری و توسعه. ۷ (۳)، ۱۹۵-۲۱۲.

13. Aksenova, E. I., Petrova G.D., Chernyshev, E.V & Yudina, N.N. (2020). Recreational Potential of Medical Tourism of Russia. *Problemy Sotsial'noi Gigieny, Zdravookhraneniia I Istorii Meditsiny*, 28, 1180-1185. (In Russ.)
14. Alleman, B. W., Luger, T., Reisinger, H. S., Martin, R., Horowitz, M. D., & Cram, P. (2011). Medical tourism services available to residents of the United States. *Journal of general internal medicine*, 26(5), 492-497. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1582-8>
15. Ayuningtyas, D., & Ariwibowo, D. A. (2020). The strategic role of information communication technology in succeeding medical tourism. *Enfermeria clinica*, 30(Suppl 6), 170-173. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.039>
16. Azadi, F., Maleki, M., Tabibi, S. J., & Azmal, M. (2012). A medical tourist perception of Iranian hospital quality: Limited employee foreign language skills negatively impact communication. *International Journal of Hospital Research*, 1(2), 85-90. Available at: https://ijhr.iums.ac.ir/article_3864_b82b0822dc24e1911e43f423e853970b.pdf.
17. Bahar O, Kozak M. (2007) Advancing destination competitiveness research: comparison between tourists and service providers. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 22(2), 61-71. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J073v22n02_05
18. Ban, H. J., & Kim, H. S. (2020). Applying the Modified Health Belief Model (HBM) to Korean Medical Tourism. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 36-46. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103646>
19. Bartzis, G., Kaitelidou, D., Bistaraki, A., & Konstantakopoulou, O. (2020). Factors Affecting Medical Tourism Destination Selection in Greece. *Studies in health technology and informatics*, (272), 314-317. Available at: <https://doi.org/10.3233/SHTI200558>
20. Beerli, A., & Martín, J. D. (2004). Tourists' characteristics and the perceived image of tourist destinations: a quantitative analysis da case study of Lanzarote, Spain. *Tourism Management*, 25(5), 623 -636 Available at: <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2003.06.004>
21. Buse K, Hawkes S. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? *Globalization and health* 2015, 11(1), 1-13. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0098-8>

22. Caballero, D. S ,Mugomba C. (2006), Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities-A conceptual framework for entry into the industry. rapport nr: *Master Thesis*, 912007
23. Carrera, P. M., & Bridges, F. P. (2006). Globalization and healthcare: Understanding health care and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 6, 447-454. Available at: <https://doi.org/10.1586/14737167.6.4.447>
24. Chakraborty, J. (2006). Medical tourism: A growth engine for foreign exchange earnings. *Health care management*. Available at: [http:// www. Healthcare management. com](http://www.healthcaremanagement.com)
25. Cham T-H, Lim Y-M, Sia B-C, Cheah J-H, Ting H. (2020) Medical tourism destination image and its relationship with the intention to revisit: A study of Chinese medical tourists in Malaysia. *Journal of China Tourism Research*, 1-29.
26. Choi, H. C., & Turk, E. S. (2011). Sustainability indicators for managing community tourism. In M. Budruk & R. Phillips (Eds.), *Quality-of-life community indicators for parks, recreation and tourism management*, Dordrecht: Springer, 115–140.
27. Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H., & Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study. *Journal of Business Research*, 57(8), 913-921. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(02\)00293-X](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(02)00293-X)
28. Cohen, I.G. (2010), Medical tourism: the view from ten thousand feet. *Hastings Cent Rep*, 40(2), 11–12. Available at: [https:// pubmed. ncbi.nlm.nih.gov/ 20391844/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20391844/)
29. Connell J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2012.05.009>
30. Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093 –1100. Available at: [https:// doi. org/ 10. 1016/ j.tourman. 2005.11.005](https://doi.org/10.1016/j.tourman.2005.11.005)
31. Crooks, V.A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India: messages, images, and the marketing of international patient travel. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Social Science Media*, 72(5), 726-732. (doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.022.)
32. Dang H-S, Nguyen T-M-T, Wang C-N, Day J-D, Dang TMH. (2020) Grey System Theory in the Study of Medical Tourism Industry and Its Economic Impact. *Int J Environ Res Public Health*; 17(3), 9-61.
33. Daykhes AN, Jakovljevic M, Reshetnikov VA, Kozlov VV. (2020) Promises and Hurdles of Medical Tourism Development in the Russian Federation. *Front Psychol*. 23(11), 13-80. (doi: 10.3389/fpsyg.2020.01380. PMID: 32655455; PMCID: PMC7324547.)

34. De la Hoz-Correa, A., Muñoz-Leiva, F., Bakucz, M., (2018). Past themes and future trends in medical tourism research: a co-word analysis. *Tourism Manage.* 65, 200–211. Available at: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.tourman.2017.10.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.tourman.2017.10.001).
35. Deloitte, L. L. P. (2008). *Medical tourism: Consumers in search of value.* Available at: <http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/>
36. Diez Pisonero, R. (2013), “Brand City and Geo marketing: How to Promot. Destination in the Global Tourist Competition”, *International Journal of Humanities and Social Science*, 3(14), 103-113.
37. Fetscherin, M., & Stephano, R.M. (2016) "The medical tourism index: Scale development and validation," *Tourism Management*, 52, 539-556. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2015.08.010>.
38. Fisher C, Sood K. What is driving the growth in medical tourism? *Health Mark Q*2014; 31(3), 246-62. Available at: <https://doi.org/10.1080/07359683.2014.936293>
39. Fourie, J., & Santana-Gallego, M. (2011). The impact of mega-sport events on tourist arrivals. *Tourism management*, 32(6), 1364-1370.
40. Gallarza, M. G., Saura, I. G., & García, H. C. (2002). Destination image: towards a conceptual framework. *Annals of Tourism Research*, 29(1), 56 -78 Available at: [https://doi.org/10.1016/S0160-7383\(01\)00031-7](https://doi.org/10.1016/S0160-7383(01)00031-7)
41. Gan, L. L., & Frederick, J. R. (2011). Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation. *Journal of Vacation Marketing*, 17(3), 165–183. doi:10.1177/1356766711409181
42. Gill, H., & Singh, N. (2011). Exploring the factors that affect the choice of destination for medical tourism. *Journal of Service Science and Management*, 4(3), 315–324. doi:10.4236/jssm.2011.43037.
43. Glinos IA, Baeten R, Maarse H. (2010) Purchasing health services abroad: Practices of cross border contracting and patient mobility in six European countries'. *Health Policy*. 95(2-3):103–12. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20031249/>
44. Gunn Glare, A., 1979, *Tourism Planning*, Crane Russak, New York.
45. Hadian M, Jabbari A Mousavi, S. H & Sheikhbardsiri H (2019): Medical tourism development: A systematic review of economic aspects, *International Journal of Healthcare Managemen.*
46. Hall, M. (2011b). Publish and perish? Bibliometric analysis, journal ranking and the assessment of research quality in tourism. *Tourism Management*, 32(1), 16 e27.
47. Henderson, J. C. (2004). Healthcare tourism in Southeast Asia. *Tourism review International*, 7(3-4), 111–121.
48. Heung VC, Kucukusta D, Song H (2011).Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Manage*, 32:995-1005. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2010.08.012>.
49. Horowitz, M., Rosensweig, J., Jones, C.A. (2007). *Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace*, *Meds cape General Medicine*, 9(4),

- 33-42. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2234298/>
50. Hosseini S.S., Tagvayi M., Ataev Z.V., Bratkov V.V. (2020) Problems and prospects of creating health tourism villages as a potential for developing medical tourism in the Islamic Republic of Iran (Case study: Yazd province). *South of Russia: ecology, development*. 15(3):97-116. (In Russ.) Available at: <https://doi.org/10.18470/1992-1098-2020-3-97-116>
51. IMTJ. Medical Travel and Tourism, Global Market Report, First Edition. *International medical travel journal* 2017; Available from: <https://www.imtj.com>.
52. Kim S, Arcodia C, Kim I (2019). Critical Success Factors of Medical Tourism: The Case of South Korea. *Int J Environ Res Public Health*, 6;16(24):4964. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31817698/>
53. Klímová B, Kuča K. (2020) Medical tourism: its research and implications for public health. *Cent Eur J Public Health*; 28(3):226-229. doi: 10.21101/cejph.a5744. PMID: 32997479.
54. Lagiewski R, Myers W. (2008). Medical tourism: Perspectives and applications for destination development American collage of Management and Technology. Available at: URL: <http://scholarworks.rit.edu/other/683>.
55. Lee J, Kim H-b (2015). Success factors of health tourism: cases of Asian tourism cities. *International Journal of Tourism Cities*, 1(3):216-233
56. Lee, C. W., & Li, C. (2019). The Process of Constructing a Health Tourism Destination Index. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4579. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31752340/>
57. Lee, J., Kearns, R. and Friesen, W. (2010), "Seeking affective healthcare: Korean immigrants' use of homeland medical services", *Health and Place*, Vol. 16 No. 1, 108-115. doi: 10.1016/j.healthplace.2009.09.003.
58. Liang Z-X, Hui T-K, Sea P-Z (2017). Is price most important? Healthcare tourism in Southeast Asia. *Tourism Geographies*; 19(5):823-47. Available at: <https://doi.org/10.1080/14616688.2017.1376224>
59. Lovelock, B., and Lovelock, K. (2018). We had a ball as long as you kept taking your painkillers just how much tourism is there in medical tourism? Experiences of the patient tourist. *Tourism Manag*, 69, 145–154. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2018.05.015>
60. Lundberg, D. E., (1980), *the Tourist Business*, (4th Ed.), CBI, Boston.
61. Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Stephen, T., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). Medical Tourism: Treatments, markets and health system implications: *scoping review*. OECD 2011.
62. Mahendradhata Y. (2019) Proceed with caution: Potential challenges and risks of developing healthcare tourism in Indonesia. *Global public health*; 14(3):340-50.

63. Mayakul T, Kiattisin S, Prasad R. A (2018) Sustainable Medical Tourism Framework Based on the Enterprise Architecture Design: The Case in Thailand. *Journal of Green Engineering*; 8(3),359-88.
64. Momeni Kh, Janatib A, Imanic A, Khodayari-Zarnaqb R. (2018) Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study, *Tourism Management* ,69, 307–316.
65. Mueller, H., & Kaufmann, E. L. (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7(1), 5-17. Available from: [https://doi.org/ 10.1177/135676670100700101](https://doi.org/10.1177/135676670100700101)
66. Nilashi, M., Samad, S., Manaf, A., Ahmadi, H., Rashid, T.A., Munshi, A., Almkadi, W., Ibrahim, O., & Ahmed, O.H. (2019). Factors influencing medical tourism adoption in Malaysia: A DEMATEL-Fuzzy TOPSIS approach. *Comput. Computers & Industrial Engineering*, Vol.137, No.43, 1-11. Available at: [https:// www. sciencedirect. com/science/ article/ abs/pii/S0360835219304632](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0360835219304632)
67. Pan, T. J., & Chen, W. C. (2014). Chinese medical tourists—their perceptions of Taiwan. *Tourism Management*, 44, 108–112. Available at: [https:// www. sciencedirect. com/science/article/abs/pii/S0261517714000405](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0261517714000405)
68. Pearce, D., 1981, *Tourism Development*, Longman, New York.
69. Piazzolo, M., and Zanca, N. (2010) The Economics of Medical Tourism: a case study for the USA and India. *Paper presented at the 8th International Conference on Management, Enterprise and Benchmarking*, June 4-5, Budapest, Hungary.
70. Reddy, S. G., York, V. K., & Brannon, L. A. (2010). Travel for treatment: Students' perspective on medical tourism. *International Journal of Tourism Research*, 12, 510–522.
71. Robinson, M. (2005). Niche tourism: An introduction. In M. Novelli (Ed.). *Niche tourism: Contemporary ideas, trends, and cases* (1 –11). Burlington, MA: Elsevier.
72. Sandberg, D. S. (2017): Medical tourism: An emerging global healthcare industry, *International Journal of Healthcare Management*, 10 (4), 281-288. Available at: <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1296213>
73. Sarantopoulos, I., Katsoni, V., and Geitona, M. (2015). *Supply side investigation of medical tourism and ICT use in greece. Proc. Soc. Behav. Sci.* 148, 370–377. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.07.055
74. Sarwar, A. A., Manaf, N. A., & Omar, A. (2012). Medical Tourist's Perception in Selecting their Destination: A Global Perspective. *Iranian journal of public health*, 41(8), 1–7. Available at: [https:// www. ncbi. nlm. nih.gov/ pmc/ articles/ PMC3469025/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3469025/)
75. Smith PC, Forgione DA (2007). Global outsourcing of healthcare: a medical tourism decision model. *J Inform Technol Case Appl Res*, 9,19-30.

76. Smith, M., & Puczko, L. (2009). *Health and wellness tourism*. Oxford: Jordan Hill.
77. Suess, C., Baloglu, S., & Busser, J. A. (2018). Perceived impacts of medical tourism development on community wellbeing. *Tourism Management*, 232-245.
78. Suthin, K., Assenov, I., & Tirasatayapitak, A., 2007, Medical Tourism: Can supply keep up with the demand. Proceedings of the 5th APac-CHRIE and the 13th Asia Pacific Tourism Association Joint Conference; 2007 May 2-27; Beijing, China.
79. Teh, I. (2007). Healthcare tourism in Thailand: Pain ahead? *Asia Pacific Biotech News*, 11(8), 493-497.
80. Thilagavathi, K., & Shankar, Ch. (2013) Medical Tourism Research: A Conceptual Framework Of Emerging Business Strategies In *Healthcare Industry Proceedings of International Conference on Tourism Development*, February 364-376
81. Turner L. (2011). Medical tourism and the global marketplace in health services: U.S. patients. *international hospitals, and the search for affordable health care.*, 40(3):443-467
82. Ulaş, D., & Anadol, Y. (2016). A case study for medical tourism: Investigating a private hospital venture in Turkey. *Anatolia*, 27(3), 327-338. Available at: <https://doi.org/10.1080/13032917.2016.1191763>
83. Veerasoontorn, R., & Beise-Zee, R. (2010). International hospital outshopping: A staged model of push and pull factors. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(3), 247-264. Available at: <https://doi.org/10.1108/17506121011076174>
84. World Health Organization. Health in 2015. from *MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals*. 2015.
85. Yang Y-S. (2013) Key success factors in medical tourism marketing. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*; 3(3):152.
86. Ye, B. H., Qiu, H. Z., & Yuen, P. P. (2011). Motivations and experiences of Mainland Chinese medical tourists in Hong Kong. *Tourism Management*, 32, 1125-1127. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2010.09.018>
87. Ye, B. H., Yuen, P. P., Qiu, H. Z., & Zhang, V. H. (2008). Motivation of medical tourists: An exploratory case study of Hong Kong medical tourists. *Paper presented at the Asia Pacific Tourism Association (APTA) Annual Conference*, Bangkok, Thailand, (in <https://doi.org/10.1177%2F0047287520907681>)
88. Yu, J. Y., & KO, T. G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33, 80-88. (in <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2011.02.002>)
89. Zarei A. & Maleki. F (2018) Asian medical marketing, a review of factors affecting Asian medical tourism development, *Journal of Quality Assurance in*

Hospitality & Tourism, 1-16. (in [https:// doi.org/ 10.1080/ 1528008X. 2018.1438959](https://doi.org/10.1080/1528008X.2018.1438959))

90. Zolfagharian M, Rajamma RK, Naderi I, Torkzadeh S. (2018) Determinants of medical tourism destination selection process. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 27(7), 775-94.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی